Rok LIV. Kraków, w Grudniu 1915. Nr 3

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT,

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

MACIEJ LEON JAKUBOWSKI. BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Ciężka żałoba okryła znowu Wszechnicę krakowską. Jakgdyby zawistnemu losowi niedość było jeszcze smutku i bolu, przeżywanego dziś przez Uniwersytet wraz z całem społeczeństwem, i jakby nie dość jeszcze było świeżych szczerb, wyrwanych w ostatnim roku w prastarej Szkole Jagiellońskiej, — kończy się ten rok znowu śmiercią dwóch profesorów Wydziału lekarskiego, z grona najzasłużeńszych, z pośród tych, którzy byli jego chlubą i filarami, którzy uosabiali najświetniejsze jego tradycye.

Ś. p. Maciej Leon Jakubowski, senior krakowskich profesorów medycyny, był już ostatnim z owego świetnego grona, które po przywróceniu w Krakowie polskiego języka wykładowego zażegło w Wydziale lekarskim jasny płomień rodzimej nauki, ożywczy dla całej medycyny polskiej; był już ostatnim z wychowańców, a godnych następców wielkiej szkoły klinicznej europejskiej z połowy ubiegłego stulecia.

Krakowianin, pochodził z rodziny, mającej piękną tradycyę lekarską, gdyż był wnukiem zasłużonego lekarza tych samych imion, a bratankiem Józefa, profesora U. J. i protomedyka Rzeczypospolitej krakowskiej. Urodzony 28. marca 1837, studyował medycynę w Krakowie, tu też uzyskał dyplom doktora medycyny w r. 1861, doktora chirurgii w r. 1862, a w Wiedniu dyplom magistra położnictwa w tymże roku. Następnie pracował w zakresie pedyatryi dwa lata w Wiedniu pod kierunkiem prof. Mayera, rok trzeci w Pradze i Paryżu pod kierunkiem prof. Loeschnera, Bartheza i Bouchuta. W r. 1864 habilitował się w Krakowie i odtąd nauczał tu pedyatryi przez 43 lata, a to do r. 1873, jako docent na stworzonej przez siebie poliklinice, następnie już jako profesor nadzwyczajny przez 3 lata w wykołatanej przez siebie klinice tymczasowej w szpitalu krajowym, od r. 1876 w stworzonym i kierowanym przez siebie honorowo prywatnym szpitalu św. Ludwika, od r. 1895 zaś jako profesor zwyczajny. Niewiele tych dat, wiele jednak w nich kryje się inicyatywy, energii i skutecznej pracy. Poświęciwszy wszystkie swe siły jednemu, ale szeroko pojmowanemu celowi, nie rozpraszając sił, stworzył ś. p. profesor Jakubowski rzecz wielką i trwałą, wszczepił na nasz grunt nową gałąź nauki lekarskiej, przedtem u nas niemal nieznaną i zasłużył wprost na miano ojca pedyatryi polskiej, a w społeczeństwo wszczepił wielką ideę opieki nad zdrowiem dzieci. Bo nietylko obdarzył rodzinne swe miasto jednym z pierwszych w Polsce, a długo pierwszorzędnym, szpitalem dziecięcym, zapobiegliwością swoją uzyskawszy od społeczeństwa środki na gmach, urządzenie i utrzymanie i powoławszy do życia Towarzystwo opiekuńcze (1872), ale też był twórcą pierwszej w Polsce kolonii letniej dziecięcej w Rabce, przeznaczonej dla dzieci zołzowatych, za którą dopiero poszło stworzenie innych kolonii leczniczych i wakacyjnych, a usilnie dążył do stworzenia stałego sanatoryum dla dziatwy, zagrożonej gruźlicą.

Nietylko liczne rzesze uczniów Wszechnicy krakowskiej zawdzięczały Mu znajomość pedyatryi, ale też w Jego klinice i Jego szpitalu, prowadzonych pod każdym względem wzorowo równym krokiem z postępem nauki, kształcili się prawie wszyscy najdzielniejsi polscy przedstawiciele tej gałęzi nauki; z Galicyi, czy z Królestwa, z Ukrainy, czy z Litwy, prawie wszyscy dłużej lub krócej pracowali pod Jego doskonałym kierunkiem. Obaj współcześni profesorowie pedyatryi na wszechnicach galicyjskich, jak i organizator dwóch najlepszych dziś w Polsce szpitali dziecięcych, a teraźniejszy rektor Wszechnicy warszawskiej, — Jego są uczniami. W każdej ważniejszej chwili rozwoju pedyatryi przodował w przyswojeniu nowych zdobyczy medycynie polskiej, z właściwą sobie konsekwencyą i systematycznością nieprzerwanie wzbogacając polskie piśmiennictwo pedyatryczne wynikami doświadczeń i badań własnych i swoich uczniów i corocznie zdając dokładnie sprawę z działalności kierowanych przez siebie zakładów, a w końcu sumując postęp całej pedyatryi w Polsce w XIX w., w którym tak znacznie »magna pars fuit«. W tym »Przeglądzie postępu pedyatryi« (Nowiny lekarskie 1905) i w »Kronice szpitala św. Ludwika«, wydanej po 30 latach działalności szpitala, znajduje się dokładna bibliografia mnogich prac ś. p. profesora Jakubowskiego i Jego uczniów.

Obok tego najgłówniejszego pola działania znajdował jednak jeszcze prof. Jakubowski czas na inne obowiązki społeczne, spełniając je zawsze i wszędzie nadzwyczaj sumiennie i dokładnie, czyto jako współzałożyciel Towarzystwa lekarskiego krakowskiego (1866) i gorliwy prac jego uczestnik, czy jako członek dawnego Towarzystwa naukowego krakowskiego, przekształconego potem w Akademię Umiejętności (i stąd jej członek nadzwyczajny), czy jako jeden z najdawniejszych współpracowników »Przeglądu lekarskiego«, czy w pracach około dobra miasta, czy jako pierwszy z rzędu prezydent Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej zaraz po utworzeniu Izb (1893). Wybór na pierwszego z rzędu prezydenta Izby należy tu szczególnie podkreślić; przy utworzeniu bowiem tej urzędowej korporacyi lekarskiej, obdarzonej władzą dyscyplinarną, pragnęły koła lekarskie mieć na jej czele najgodniejszego; oświadczyły się jednomyślnie odrazu za prof. Jakubowskim. Dowód, jak wysoko ceniono Jego stały,

prawy i jak kryształ czysty charakter, Jego jasny, a zawsze bezstronny sąd, Jego talent organizacyjny i Jego obowiązkowość, obok wysokiego taktu, rzetelnego koleżeństwa i głębokiej dobroci. Te zalety obok niecodziennych zasług zjednały też prof. Jakubowskiemu wiele jeszcze innych oznak uznania, wdzięczności i zaszczytnych stanowisk. W r. 1899 został wybrany dziekanem Wydziału lekarskiego, w r. 1901 rektorem Wszechnicy Jagiellońskiej, dwukrotnie (w r. 1873 i 1898) prezesem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego; dwukrotnie odbiera publiczny hołd kolegów z całej Polski, Towarzystw*) i czasopism lekarskich polskich, uczniów, społeczeństwa (w r. 1890 po ćwierćwiekowej pracy nauczycielskiej, w r. 1908 przy jubileuszu doktoratu); miasto Kraków zalicza Go do szczupłego grona swych obywateli honorowych; imię Jego przekazuje potomnym medal, wybity na Jego cześć przez Wydział lekarski krakowski, portret i tablica, wmurowana w sali, gdzie wykładał. Rząd nadał Mu order żelaznej korony III klasy, mianował w r. 1895 profesorem zwyczajnym »ad personam«, a w r. 1907 radcą dworu.

Lekarzem praktycznym był znakomitym, a zarówno chora dziatwa, jak i jej rodzice, odczuwała w tym wielkim lekarzu wielkie, zacne i głęboko współczujące serce. Trzeba było widzieć, z jakiem niezwykłem zaufaniem, z jaką miłością szły za Nim biedne dziecięce oczy, gdy od łóżka do łóżka szedł w sali szpitalnej, z nieodstępnym pledem na ramionach, z charakterystyczną czapeczką na głowie, wyhaftowaną przez jakieś wdzięczne ręce,— gdy zdało się, jakby już sam ten dobry uśmiech, wypływający wtedy na twarz starca, łagodził bole i uśmierzał cierpienia; trzeba było widzieć, z jaką radością i wdzięcznością garnęły się maleństwa w Rabce do rąk swego »dziadzi«. Nierychło też zatrze się o Nim pamięć wśród ludności Krakowa, choć młodsze pokolenia znały go już tylko, jako dobrego ducha kolonii rabczańskiej.

W obejściu miał naturalną prostotę obok miłych form, któremi każdego ujmował, dodając do zalet towarzyskich w młodych swych latach piękny talent muzyczny. Do końca życia zachował bystry umysł, który w połączeniu z niepospolitym darem wykładu i istotnem władztwem słowa sprawiał, że jako profesor należał do najlepszych prelegentów.

Ustąpiwszy z katedry, mimo podeszłego wieku pracował jeszcze bez przerwy, póki Mu siły pozwalały, jako honorowy dyrektor szpitala i kurator kolonii rabczańskiej, a do samego końca życia nie przestawał troskać się o losy i otaczać opieką tych instytucyi.

Całym swym żywotem zapracował rzetelnie, by Go potomni brali za wzór.

Stanisław Ciechanowski.

*) Ś. p. Jakubowski był członkiem honorowym wielu Towarzystw lekarskich polskich, m. i. warszawskiego, krakowskiego i łódzkiego.

Przez zgon Bolesława Wicherkiewicza ponosi ciężką, niepowetowaną stratę nietylko polska oftalmologia, nietylko polski świat lekarski i nasza Wszechnica Jagiellońska, ale strata ta dotyka także szerokie koła naukowe i lekarskie z tej, a nawet z tamtej strony oceanu. Tak daleko sięgało znaczenie naukowe Zmarłego, sięgała powaga Jego nazwiska. Był jednym z tych niewielu, co swem imieniem przypominają nieustannie światu, że żyje i kwitnie w Polsce zapał do rzetelnej pracy naukowej i że z naszym dorobkiem na tem polu poważnie trzeba się liczyć.

Nietylko uczonego o europejskim pokroju, nietylko wybornego profesora i znakomitego lekarza straciliśmy w osobie ś. p. Wicherkiewicza. Społeczeństwo polskie utraciło w Nim obywatela filantropa, który na wszystkich polach pracy społecznej z podziwu godną energią i z niezmordowaną wytrwałością poświęcał się dobru publicznemu, szczodrą ręką wspierał polskie instytucye kulturalne i humanitarne, dla których w samych większych zapisach przekazał ostatnią swą wolą ponad 40,000 K.; był pierwszym, gdy chodziło o pobudzenie ofiarności publicznej dobrym przykładem, a z drugiej strony, — o czem mało komu wiadomo, — świadczył bardzo wiele zupełnie pocichu, unikając wszelkiego rozgłosu, spiesząc z hojną materyalną pomocą lub z moralnem poparciem wszędzie tam, gdzie widział rzeczywistą tego potrzebę. Od drugich wymagał usilnej pracy, ścisłości i gorliwości w wykonywaniu obowiązków, ale też Sam dawał wspaniały przykład niestrudzonej pracowitości i nigdy niegasnącej ochoty do czynu. A na każdym Swym czynie, na każdej Swej pracy, czyto w naukowej dziedzinie, czy w społecznej, umiał wyciskać piętno szczerego, gorącego patryotyzmu, w każdem Swem publicznem wystąpieniu, czyto w kraju, wśród swoich, czy za granicami kraju, wobec obcych, — dbał przedewszystkiem o najlepszą sławę i o honor imienia polskiego.

Trudno zaiste w szczupłych ramach tego wspomnienia odzwierciedlić całokształt tej wielostronnej działalności uczonego lekarza i obywatela patryoty, trudno dać choć w przybliżeniu obraz tej bogatej i bujnej natury. W krótkości zatem tylko postaram się przedstawić bieg życia zgasłego Profesora i rozejrzeć się w bogatej spuściźnie naukowej, jaką nam przekazał w długim szeregu Swych rozpraw i publikacyi.

Bolesław Wicherkiewicz urodził się 7 lipca 1847. w Kcyni w Księstwie Poznańskiem. Ojciec Jego był w tem miasteczku szanowanym i wziętym lekarzem. Po odbyciu nauk gimnazyalnych w Trzemesznie i w Poznaniu, poświęcił się Bolesław Wicherkiewicz, idąc w ślady ojca, studyom lekarskim. W zamiarze wstąpienia do służby lekarsko-wojskowej zapisał się zrazu do Akademii ces. Wilhelma w Berlinie, ale po dwu latach, ze względu na swe wątłe naówczas zdrowie, porzucił ten plan i przeniósł rię na Wydział lekarski Uniwersytetu berlińskiego. Tymczasem przed ukończeniem studyów uniwersyteckich zaskoczył go wybuch wojny niemiecko-francuskiej (1870), w której wziął udział, jako lekarz-asystent, i uczestniczył w krwawych bitwach pod Mars la Tour, pod Saint-Privat, pod Le Bourget, oraz w oblężeniu Paryża. Po wojnie powrócił do Berlina i tam uzyskał doktorat medycyny w r. 1872. Z początku zamierzał wrócić do rodzinnego miasta i tam u boku ojca rozpocząć praktykę lekarską. Odwiodła go jednak od tego chęć poszukania dla siebie szerszej areny, a także zachęta ze strony profesora Langenbecka, który widząc u swego ucznia wielkie zdolności operatorskie, namawiał go do poświęcenia się chirurgii. Młody lekarz przeniósł się tedy do Wrocławia i pracował zrazu w tamtejszej poliklinice pedyatrycznej, jako asystent, pod kierunkiem Haesera. Później, pociągnięty świetnymi wykładami sławnego okulisty Foerstera, wstąpił jako wolontaryusz do wielkiego górnośląskiego zakładu oftalmologicznego, gdzie wkrótce został asystentem. Na obu stanowiskach miał Wicherkiewicz sposobność przekonać swych szefów, że Langenbeck trafnie ocenił zalety, zapowiadające w nim na przyszłość świetnego operatora.

Z Wrocławia udał się Wicherkiewicz do Aleksandra Pagenstechera do Wiesbadenu i w jego szkole dalej się kształcił w okulistyce. Stamtąd z początkiem roku 1877 pojechał do Londynu, ażeby u takich mistrzów, jak Bowman, Critchett starszy, Solberg, Wells, Cooper, Bader i in. poznać właściwości angielskich metod operacyjnych. Po dwumiesięcznym pobycie w Anglii, przeniósł się do Paryża i tam studyował w klinikach Weckera, Panasa i Sichela. W podróży powrotnej zwiedził jeszcze zakłady okulistyczne w Heidelbergu, Lipsku i Halle.

Po odbyciu tak gruntownych i rozległych studyów osiadł wreszcie Wicherkiewicz w Poznaniu i założył tam prywatną lecznicę okulistyczną, a prócz tego bezpłatną klinikę oczną dla chorych ubogich. Klinika ta ze skromnych początków, gdy rozporządzała tylko dwoma łóżkami dla chorych stałych, rozrosła się z biegiem lat do 80 łóżek (w r. 1895), otrzymała wydatną subwencyę od zarządu prowincyi poznańskiej i uzyskała charakter krajowego zakładu leczniczego. Utrzymując w tym zakładzie stale trzech asystentów, wykształcił tam Wicherkiewicz cały szereg młodych okulistów, z których niejeden doszedł potem katedry uniwersyteckiej.

Mimo ogromnego obarczenia pracą w swej lecznicy i mimo rozległej praktyki prywatnej znajdował Wicherkiewicz dość czasu, aby nieustannie dążyć za postępem współczesnej oftalmologii i brać czynny udział w naukowych zjazdach, okulistycznych i powszechnych, krajowych i międzynarodowych.

W r. 1890 otrzymał od rządu pruskiego tytuł radcy sanitarnego, a w r. 1894 tytuł profesora, a więc odznaczenie, nader rzadko w Niemczech udzielane lekarzom, nienależącym do gron uniwersyteckich. Cieszył się również uznaniem i powagą w szerokich kołach swych współobywateli poznańskich. Został wybrany wiceprezesem Polskiego Towarzystwa przyjaciół nauk, oraz prezesem Wydziału lekarskiego tego Towarzystwa. On to był jednym z założycieli »Nowin lekarskich«, pierwszego i jedynego czasopisma lekarskiego polskiego w zaborze pruskim. Do końca 1895 r. stał na czele redakcyi »Nowin«. W tymto czasie otrzymał od Uniwersytetu Jagiellońskiego zaszczytne po-

wołanie na katedrę okulistyki, osieroconą przez śmierć prof. Rydla. Był to podówczas jedyny uniwersytet, na którym wykładano medycynę po polsku.

D. 1. maja r. 1896, w małej salce starej kliniki okulistycznej, natłoczonej słuchaczami, wygłosił Prof. Wicherkiewicz wykład wstępny na temat: »Oftalmologia na usługach nauk lekarskich«. Ciężka choroba w zimie 1896/7 przerwała wkrótce pracę, do której Wicherkiewicz na tym nowym posterunku zabrał się z młodzieńczym zapałem. Dopiero w marcu 1897 powrócił do Krakowa i objął ostatecznie kierownictwo kliniki i inne obowiązki uniwersyteckie.

Pierwszem zadaniem, jakie sobie jako dyrektor kliniki postawił, było wyjednanie u rządu budowy nowego, nowoczesnym wymaganiom odpowiadającego gmachu klinicznego, którego Jego znakomity poprzednik, prof. Rydel, niestety już nie doczekał. Niestrudzonym staraniom i zabiegom prof. Wicherkiewicza powiodło się zamiar ten w krótkim czasie urzeczywistnić, bo już w listopadzie 1898 r. została nowa, wzorowo urządzona i wyposażona klinika okulistyczna uroczyście otwarta i oddana do użytku.

W nowym tym, przez siebie stworzonym warsztacie pracy rozwinął Wicherkiewicz nadzwyczaj owocną i rozległą działalność nauczycielską, lekarską i naukową. Jako profesor ściągał na swe wykłady liczne zastępy słuchaczów, a zarazem dawał im wszelką sposobność ćwiczyć się praktycznie na bogatym materyale klinicznym w rozpoznawaniu i leczeniu chorób ocznych. Asystentów, elewów i licznych wolontaryuszów, którzy garnęli się do kliniki, umiał zachęcać do samodzielnej pracy, nie szczędząc żadnemu z nich pomocy, rad i wskazówek. Księgi kliniczne świadczą wymownie, jak olbrzymio rokrocznie wzrastała liczba chorych, leczonych i operowanych w klinice. Ściągała ich do Krakowa sława nazwiska Wicherkiewicza z najodleglejszych krańców ziem polskich.

Z początkiem 1899 r. zaczął Wicherkiewicz wydawać »Postęp okulistyczny«, pierwszy i jedyny polski miesięcznik, poświęcony wyłącznie oftalmologii, i zdołał skupić liczne grono stałych współpracowników ze wszystkich trzech zaborów. Zasługa to wielka wobec piśmiennictwa polskiego lekarskiego, tem większa, że tego rodzaju czasopismo specyalne, nie mogące liczyć na wielką liczbę odbiorców, wymagało od wydawcy a zarazem redaktora ciągłych wkładów i ofiar pieniężnych i nieustannej pracy. Mimo trudności i przeciwieństw wychodził »Postęp okulistyczny« regularnie przez lat piętnaście, t. j. aż do wybuchu obecnej wojny. Jako znamienny rys płodnego i hojnego umysłu Wicherkiewicza przypomnieć należy, że założywszy własny fachowy organ, w którym bardzo wiele swoich prac ogłaszał, nie przestał mimo tego z pewną szlachetną rozrzutnością zasilać innych polskich czasopism lekarskich, — w ich liczbie także »Przeglądu lekarskiego« licznymi artykułami swego pióra. Równocześnie ogłaszał w zagranicznej prasie bardzo wiele prac i rozpraw w językach niemieckim, francuskim i angielskim.

Trudno byłoby przytoczyć wszystkie publikacye zmarłego Profesora, ukazało się ich bowiem z górą dwieście. Muszę ograniczyć się zatem do podania najważniejszych tylko zdobyczy naukowych, jakie okulistyka zawdzięcza Wicherkiewiczowi.

Przedewszystkiem nadzwyczajną pomysłowość rozwijał Wicherkiewicz w wydoskonaleniu istniejących i tworzeniu nowych metod operacyjnych. Jednym z takich szczęśliwych pomysłów w zakresie techniki operacyi zaćmy był podany około r. 1892 sposób wypłukiwania z przedniej komory resztek kory soczewkowej. Korzyść tego udoskonalenia operacyi zaćmy polega w pierwszym rzędzie na tem, że bez niebezpiecznego miesienia i wygniatania, a tylko działaniem łagodnego strumienia fizyologicznego roztworu soli, usuwamy z łatwością z obrębu źrenicy pozostałości miękkiej kory. Przez to zapobiegamy zapalnemu podrażnieniu tęczówki i nie potrzebując czekać na samoistne, a powolne wessanie resztek soczewkowych, uzyskujemy rychlej optyczny skutek operacyi. — Metoda wypłukiwania ma oprócz tego nawet pewne znaczenie społeczne, umożliwia bowiem operowanie zaćmy niedojrzałej. Dzięki temu możemy operować chorych, u których na obu oczach rozwijają się zaćmy równocześnie i równomiernie i którzy na ich zupełne dojrzenie musieli by w przymusowej bezczynności czekać nieraz długie miesiące. Operacya wcześnie wykonana powraca tym chorym odrazu zdolność do pracy i możliwość zarobkowania, od czego niejednokrotnie zależy los ich rodzin.

Operacyjne leczenie wysokiej krótkowzroczności, które dopiero w ostatniem dziesięcioleciu tak wielkiego nabrało rozgłosu, choć teoretycznie już przed stu laty przez Beera było przewidziane, — zostało przez Wicherkiewicza po raz pierwszy w czyn wprowadzone w r. 1881, na lat sześć przed Fukałą, którego nazwisko łączą jednak stale i uparcie, choć niesłusznie, z pomysłem tej metody operacyjnej.

Z długiego szeregu innych operacyi ocznych, podanych przez Wicherkiewicza, wymienię tylko najważniejsze: Operacyę garbiaka rogówkowego (staphylotomia), dalej operacyę podwinięcia powiek i wrostu rzęs w przypadkach ciężkiej jaglicy, operacyę zmarszczki nakątnej (epicanthus), operacyę opadnięcia górnej powieki (ptosis). W ostatnich latach życia (1912) podał nową metodę sklerotomii (sclerotomia cruciata posterior superficialis), która jest wskazana w przypadkach jaskry prostej, jaskry ostrej krwotocznej i we wszystkich tych przypadkach jaskry zapalnej, gdzie inne, wykonane już zabiegi operacyjne nie odniosły skutku. Daje ona również korzystne wyniki w przypadkach jaskry następowej i w przypadkach wodoocza (hydrophthalmus).

Poza dziedziną techniki operacyjnej szczególnie wiele prac i publikacyi poświęcał Wicherkiewicz sprawie lecznictwa okulistycznego, które wzbogacił licznemi, szczęśliwie dobranemi kombinacyami leków, że tylko wspomnę o znanej dziś każdemu praktycznemu lekarzowi borotanninie i o leczeniu wrzodów rogówkowych zapomocą połączenia dioniny z pyoktaniną błękitną.

Nadto znajdujemy w pracach Wicherkiewicza całe mnóstwo spostrzeżeń klinicznych, zestawień statystycznych, wyświetlających czyto etyologię schorzeń ocznych, czyto ich związek z ogólnemi zaburzeniami ustroju, czyto skuteczność pewnych sposobów leczniczych. Dalej spotykamy opisy niewyodrębnionych jeszcze postaci chorobowych, zmian teratologicznych, wreszcie pomysły nowych przyrządów, służących do badania, lub narzędzi operacyjnych.

Ale płodny i ruchliwy umysł Wicherkiewicza nie zamykał się wyłącznie w kole tematów i zagadnień z dziedziny okulistyki. Znamy wszyscy jego barwne opisy wrażeń z wycieczek i dalekich podróży, zajmujące wspomnienia z międzynarodowych zjazdów i cały szereg ulotnych szkiców i artykułów okolicznościowych.

Nadzwyczaj żywy udział brał Wicherkiewicz w zjazdach lekarskich. W klinice swej przyjmował w r. 1900 i 1911, jako gospodarz sekcyi okulistycznej, uczestników X. i XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Jeździł na wszystkie międzynarodowe kongresy i reprezentował wobec zagranicy, — częstokroć oficyalnie, polski świat lekarski. Jako prezes stałego Komitetu polskiego dla zjazdów międzynarodowych czynił nadzwyczaj energiczne i usilne zabiegi, aby dla polskich uczonych wyjednać prawo odrębnego urzędowego przedstawicielstwa, aby polska grupa na zjazdach t. zw. międzynarodowych, a w rzeczywistości międzypaństwowych, nie gubiła się w reprezentacyach trzech państw zaborczych, lecz żeby występowała na arenie międzynarodowej jako samodzielna grupa narodowa. Wiadomo, że usiłowania te i zabiegi rozbijały się zawsze o nieprzejednane, a nieprzychylne nam stanowisko wszystkich jak dotąd komitetów generalnych Zjazdów międzynarodowych.

Bywał Wicherkiewicz na dorocznych zjazdach Towarzystwa okulistów niemieckich w Heidelbergu i Towarzystwa oftalmologów francuskich w Paryżu, będąc zagranicznym członkiem tych i wielu innych naukowych towarzystw.

Zasługi Wicherkiewicza już za życia z wielu stron spotykały się z należnem uznaniem. W roku 1906 otrzymał od rządu austryackiego tytuł radcy dworu. Długa jest lista tych towarzystw polskich i obcokrajowych, które go mianowały swym członkiem honorowym. Marzył o założeniu polskiego towarzystwa okulistycznego, któreby obejmowało wszystkie dzielnice polskie i odbywało doroczne zjazdy w stolicach poszczególnych zaborów. Sam ułożył szczegółowy projekt statutu dla takiego towarzystwa. Niestety do urzeczywistnienia tej pięknej myśli pomimo Jego starań nie doszło.

W krakowskich stowarzyszeniach lekarskich, w 20-letnim okresie swej profesury na Uniwersytecie Jagiellońskim, rozwijał Wicherkiewicz nader żywą działalność, i to zawsze na naczelnych stanowiskach. Od r. 1905—1908 piastował godność prezydenta Izby lekarskiej zachodnio galicyjskiej, od r. 1908—1912 był prezesem Krajowego Związku lekarzy galicyjskich. W obu tych instytucyach kierował sprawami zawodowemi stanu lekarskiego z taktem i energią, nie szczędząc czasu i trudu, gdy chodziło o dobro kolegów, lub o poprawę losu wdów i sierót po lekarzach. Od r. 1897., a więc przez lat osiemnaście był prezesem, a później został członkiem honorowym krakowskiego Towarzystwa ratunkowego. Na tym posterunku położył Zmarły szczególnie wielkie zasługi, gdyż instytucyę tę, która należy do najpotrzebniejszych i najpożyteczniejszych, a która mimo tego dziwnie mało spotyka uznania, a jeszcze mniej materyalnego poparcia, —

zdołał dzięki swym wpływom i przez swą mądrą a do realnych ofiar skłonną zapobiegliwość, popchnąć na drogę pomyślnego rozwoju. Ta skuteczna działalność w Towarzystwie ratunkowem daje ś. p. Wicherkiewiczowi prawo do wdzięcznej pamięci wśród najszerszych kół ludności Krakowa, korzystającej codziennie z nieocenionych usług Pogotowia.

Jeśli po wyliczeniu tylu różnorodnych kierunków prac dodamy, że ś. p. Wicherkiewicz prowadził równocześnie, jako prymaryusz, oddział oczny w szpitalu św. Łazarza, że musiał pełnić liczne obowiązki profesora uniwersytetu, dwukrotnie w r. 1900/01 i 1907/8 był dziekanem Wydziału lekarskiego, że był prezesem krakowskiego Towarzystwa lekarskiego (1910), że przez trzy lata (1899—1901) przewodniczył w wydziale Towarzystwa muzycznego, że poza tem wszystkiem prowadził własną prywatną lecznicę, gdzie Go rzesze chorych codziennie po kilka godzin trzymały w oblężeniu, — jeśli sobie przypomnimy, że mimo tego wszystkiego znajdował jeszcze czas i ochotę na rozległe stosunki towarzyskie, że przyjmował wiele u siebie, zawsze gościnnie i serdecznie, i bywał chętnie na zebraniach, na koncertach, odczytach, nie stronił od teatru, że i muzyce się oddawał i do późnych lat zdrowym sportem nie gardził: — jeśli to wszystko zważymy, — to przyznamy, że był to przecież człowiek o naturze zgoła niezwykłej, o wyjątkowo czynnem i ruchliwem usposobieniu, jakiego przykładów, przynajmniej z tej strony oceanu, niewiele się chyba spotyka.

Na krótko przed wybuchem obecnej wojny stanął Wicherkiewicz na czele »Samarytanina polskiego«, instytucyi, której znaczenie i użyteczność wystąpiły w całej pełni dopiero, gdy na polach bitew pociekła krew polska i gdy nasze szpitale zaroiły się od rannych i chorych polskich żołnierzy.

Po utworzeniu Naczelnego Komitetu Narodowego, wszedł Wicherkiewicz w jego skład, objąwszy naczelne kierownictwo departamentu sanitarnego. Do ostatniej niemal chwili, jak długo Mu tylko pozwalały jeszcze gasnące siły fizyczne, brał czynny udział w posiedzeniach i obradach Komitetu i pracował niezmordowanie nad organizacyą i udoskonaleniem służby sanitarnej i opieki szpitalnej dla rannych i chorych legionistów polskich. Na tym to posterunku, na którym z zapałem szczerego patryoty pełnił wojenną służbę lekarską, — śmierć Go zaskoczyła.

Nie było Mu danem dożyć świtu wolności, której tak gorąco pragnął dla ukochanej Ojczyzny.

Zmarł przedwcześnie! Młody duchem, ochoczy do pracy i zawsze pełen świeżego zapału, mógłby był jeszcze przez długie lata swoją twórczością zasilać polską literaturę lekarską. Dowodem tego liczne rękopisy i nieobrobione jeszcze materyały do prac oryginalnych, które przygotowywał, ale których wydać już nie zdążył. Pietyzm dla pamięci nieodżałowanego Mistrza nakaże Jego uczniom zająć się uporządkowaniem i opublikowaniem tej cennej spuścizny naukowej.

Sprężystą i energiczną Swą dłonią byłby mógł długo jeszcze kierować losami instytucyi humanitarnych i filantropijnych, które Mu zawdzięczają swój rozwój i żywotną siłę. Los zrządził inaczej! Ciężka choroba powaliła stalowy organizm Wicherkiewicza na łoże cierpienia. Otoczony Rodziną i przyjaciółmi zmarł w Wiedniu dnia 7. grudnia 1915. Pogrzeb odbył się dnia 13. grudnia w Krakowie, przy tłumnym udziale publiczności wszelkich sfer i stanów, ale bez przemówień i bez kwiatów. Taka była wyraźna wola Zmarłego. Dobitniej od najwymowniejszych słów, jakie mogłyby paść z pogrzebowej trybuny, świadczą i świadczyć będą o zasługach ś. p. Wicherkiewicza Jego czyny i owoce Jego niestrudzonej pracy. Wdzięczna o Nim pamięć nigdy wśród nas nie wygaśnie.

K. W. Majewski

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego (oddziału neurologiczno-psychiatrycznego c. i k. klinicznego szpitala fortecznego) w Krakowie.

Zaburzenia nerwowe i psychiczne, spostrzegane podczas mobilizacyi i w czasie wojny.

Podał

Prof. Dr Jan Piltz.

Odczyt na zebraniu lekarzy wojskowych w Krakowie dnia 24 października 1914.

W czasie wojny dużo ludzi objawia rozmaite zaburzenia nerwowe i psychiczne. Nic dziwnego! Zwiększone wymagania, jakie obecne czasy wojenne stawiają jednostce, nawał pracy, przyspieszenie tempa i zwiększenie jej intensywności, wzruszenia, doznawane z powodu często zmieniających się wiadomości z terenu wojny, — wszystko to wiedzie u ludzi, nie biorących bezpośredniego udziału w wojnie, do zaburzeń w układzie nerwowym, charakteryzujących się wzmożeniem wrażliwości, osłabieniem odporności, zaburzeniami trawienia i snu, drażliwością i depresyą. Jednostki takie często opuszczają się, stają się do systematycznej pracy niezdolne, żyją w ustawicznem wyczekiwaniu wiadomości z terenu wojny, skwapliwie czytają dzienniki — paląc przytem często nadmiernie — i albo przesadnie cieszą się dobremi albo przejmują się zbytnio złemi wiadomościami i stają się przygnębione lub wprost zrozpaczone.

Tego rodzaju stany nerwowe spostrzegamy obecnie w Krakowie na każdym kroku.

Z drugiej strony pragnąłbym zwrócić uwagę na okoliczność, że w czasie wojny charakter jednostek wyraźniej się zarysowuje, ponieważ wszystkie właściwości charakteru wyraźniej występują i każda jednostka mimowoli, że się tak wyrażę, puszcza swoją właściwą farbę. To też wojenne czasy są znakomitą próbą charakteru jednostek. Ludzi w obecnym czasie łatwiej i lepiej się poznaje.

Oczywiście różne natury oddziałują na wydarzenia wojenne w sposób odmienny. Kto nie zna z pośród nas t. zw. »pesymistów«, którzy, będąc częstokroć bardzo dzielnymi ludźmi, przechodzą obecnie pewien stan zdenerwowania i przygnębienia, ze wszystkiego są niezadowoleni i wszystko krytykują. Wszystko widzą oni w ciemnych kolorach; rozmowę prowadzą zwykle po cichu i w sposób poważny i tajemniczy stawiają tylko smutne horoskopy na przyszłość. U ludzi tych objawia się prawie zawsze pewien stan lękowy, jakkolwiek się do tego przyznać nie chcą. Odbierają oni słabszym i mniej zrównoważonym spokój i odwagę i paraliżują ich energię. Ich przygnębiony i poważny dastrój działa deprymująco i denerwująco. Ludzie ci przedewszystkiem i najchętniej wchłaniają w siebie wszystkie niepomyślne wiadomości, gdyż te najlepiej odpowiadają ich stanowi duszy, i sami często sobie z tego nie zdając sprawy, przyczyniają się do szerzenia najgorszych, nieraz najnieprawdopodobniejszych pogłosek, które wskutek ogólnego zdenerwowania łatwo już w sposób bezkrytyczny i w przeświadczeniu o ich prawdziwości przez podobne umysły dalej bywają rozszerzane, co wreszcie w pewnych chwilach wiedzie do paniki, ogarniającej większą liczbę ludzi, do zjawiska, zwanego popularnie »psychozą wojenną«.

Zupełnie inaczej zachowują się t. zw. »optymiści«. Ci

nawet w najgorszych chwilach zachowują pewną równowagę i pogodny nastrój, niektórych z nich nawet w najcięższych momentach humor i żart nie opuszcza. Na otoczenie swoje oddziałują kojąco i nieraz już po krótkiem obcowaniu z nimi czujemy się uspokojeni i podniesieni na duchu.

I pierwsi i drudzy wpływają na nasze usposobienie, ponieważ obecnie jesteśmy na ogół wrażliwi i łatwiej ulegamy suggestyi.

Spostrzeżenia moje przekonały mnie, że t. zw. »optymiści« przedstawiają w większości przypadków natury zdrowsze, niż t. zw. »pesymiści«. Większa część zdeklarowanych pesymistów, których obecnie miałem sposobność wielokrotnie obserwować pośród otoczenia, są to osoby neuropatyczne lub psychopatyczne, albo pochodzące z rodzin dziedzicznie obarczonych.

Po tych kilku luźnych ogólnych uwagach przechodzę teraz do szczegółowej części mego odczytu.

Nowożytna wojna, prowadzona na ziemi i pod ziemią, na wodzie i pod wodą, a wreszcie w powietrzu i przy zastosowaniu wszystkich możliwych zdobyczy technicznych najnowszych czasów, stawia siłom fizycznym i psychicznym jednostki, biorącej w wojnie bezpośredni udział, olbrzymie i niezwykłe wymagania. Wymagania te odnoszą się oczywiście w pierwszej linii do układu nerwowego — do nerwów i do charakteru.

Nie bez słuszności nazywa się też tę, już od 6 tygodni trwającą gigantyczną walkę we Francyi, — próbą nerwów. Spokój i równowaga duszy, odwaga, odporność i energia odgrywają tu najważniejszą rolę. Zdrowsze, silniejsze i odporniejsze nerwy przy mniej więcej równych siłach rozstrzygną też o zwycięztwie.

Słabe, mniej odporne lub chore nerwy i anormalne charaktery oddziałują na zwiększone wymagania wojny w sposób patologiczny, okaeując rozmaite zaburzenia nerwowe lub psychiczne.

Moje własne spostrzeżenia opierają się tymczasem na niewielkim materyale, jaki do kliniki przybył. Dlatego też nie mają one pretensyi do czegoś wyczerpującego i skończonego.

Dla łatwiejszej oryentacyi przedstawię i omówię najpierw przypadki chorobowe, spostrzegane w czasie mobilizacyi, a następnie te, które powstały już w czasie wojny, jakkolwiek zdaję sobie sprawę z tego, że ostrej granicy pomiędzy nimi niema.

Przypadki chorobowe, jakie przybyły do kliniki w czasie mobilizacyi, dzielą się na dwie kategorye. Do pierwszej należą przypadki, które z mobilizacyą nie stoją w związku. Są to przeważnie psychozy, które istniały już przed mobilizacyą. Dotyczą one spokojnych chorych, cierpiących na otępienie przedwczesne (dementia praecox), porażenie postępujące, zaburzenia rozwojowe (imbecillitas), psychopatyę konstytucyonalną i epileptycy. Otępienie przedwczesne (dementia praecox) jest zniedołężnieniem umysłu, występującem w wieku młodzieńczym. Nic dziwnego więc, że spostrzegamy je u ludzi w wieku popisowym. Choroba ta charakteryzuje się urojeniami, omamami (halucynacyami), nastrojem hypochondrycznym, depresyjnym lub maniakalnym, stanem osłupienia, apatyą, zaburzeniami woli, zachowania się i postępowania, a obok tego postępującem osłabieniem władz umysłowych. Obraz kliniczny tej choroby ulega często znacznym zmianom. Zdarzają się tu zwolnienia choroby, w których chorzy są spokojni i zoryentowani. Ponieważ w takim stanie chorobę rozpoznać trudno, powoływani bywają tacy chorzy do wojska. Tam dopiero po paru dniach, gdy z powodu swego dziwnego zachowania się wzbudzą podejrzenie co do choroby umysłowej, odsyła się ich na oddziały psychiatryczne dla zbadania ich stanu umysłowego.

Chory Z, którego przedstawiam, nie daje na pytania żadnej odpowiedzi (mutismus, negativismus), wykazuje t. zw. giętkość woskową (flexibilitas cerea): kończynom jego można nadać dowolne położenie, które chory długo utrzymuje, nawet wtedy, kiedy jest dla niego niewygodne.

Chory K. również nie odpowiada; czasem tylko powie coś, co nie stoi z zadanem pytaniem w bezpośrednim związku (Vorbeireden) i uśmiecha się często w sposób dla nas nieumotywowany.

Chory P. nie odpowiada na pytania, śmieje się, gwiżdże, na oddziale czasami w sposób negatywistyczny oddaje mocz w łóżku n. p. zaraz po przeprowadzeniu go do łóżka z klosetu, gdzie był przez $^1/_2$ godziny trzymany na muszli klozetowej i gdzie go do oddania moczu nakłaniano, a gdzie moczu nie oddał.

Wszyscy trzej są na ogół spokojni, co do miejsca i czasu zoryentowani i zachowaniem swojem mogą wzbudzać podejrzenie, że robią wszystko na przekór. Oczywiście nie są to symulanci.

Paralitycy też bywają nieraz spokojni i sprawiają na pierwszy rzut oka wrażenie ludzi zdrowych. Dlatego przy mobilizacyi dostają się do wojska. Dopiero dłuższa obserwacya i szczegółowe specyalne badanie wykrywa, że pomimo dobrego wyglądania istnieje u nich już daleko posunięte otępienie (dementia), a obok tego cały szereg objawów t. zw. cielesnych ze strony układu nerwowego, jak zaburzenia mowy, oddziaływania źrenic na światło, odruchów ścięgnistych, zborności (koordynacyi) ruchów (bezład), czynności pęcherza, czucia i t. d.

Jeden z naszych chorych, cierpiących na porażenie postępujące, oficer H., którego inteligencya pozornie dobrze jest zachowana, który pisuje listy, przyjmuje wizyty odwiedzających i rysuje — osmarowuje czasami siebie samego, łózko lub okno kałem.

Chory W. przedstawia obraz wrodzonego niedołęstwa umysłu (imbecillitas) z napadami padaczkowymi. Jego nierozwinięta, pierwotna, prymitywna mowa wskazuje na powstrzymanie rozwoju psychicznego od dzieciństwa; jego słodki uśmiech, a drażliwe usposobienie są objawami padaczkowego zwyrodnienia jego charakteru. Chory ten miewa od czasu do czasu napady padaczkowe, po których występuje stan zamroczenia świadomości, w którym chory staje się niespokojny i gwałtowny.

Chory I. przedstawia przypadek psychopatyi konstytucyonalnej, czyli zwyrodnienia charakteru. Jestto człowiek od urodzenia niestały, wiecznie niezadowolony, drażliwy, złośliwy i impulsywny, nie posiadający żadnej wytrwałości, ani zdolności do panowania nad sobą, ani zdolności przystosowania się do danych warunków życia. Chory ten, skądinąd nie głupi, jest z powodu wrodzonego nienormalnego charakteru do służby wojskowej zupełnie niezdatny.

Do tej pierwszej kategoryi należą jeszcze ci chorzy, którzy zachorowali przypadkowo właśnie podczas mobilizacyi, ale których cierpienie również nie stoi z mobilizacyą w żadnym związku przyczynowym. Do takich chorych, których

jest stosunkowo mało, należą również przypadki otępienia przedwczesnego, porażenia postępującego i psychozy t. zw. maniakalno-depresyjnej, których choroba, o ile rzeczywiście nie istniała już przed mobilizacyą — a co z powodu braku wszelkich wywiadów niełatwo da się ustalić — byłaby zapewne rozwinęła się w tym właśnie czasie, gdyby mobilizacyi nie było. Czy w niektórych z tych przypadków mobilizacya nie odegrała roli pierwszej podniety do wystąpienia choroby, rozstrzygnąć niepodobna.

Druga kategorya obejmuje przypadki chorobowe, które niewątpliwie stoją w pewnym przyczynowym związku z mobilizacyą, w szczególności z niezwykłymi warunkami życia, jakie mobilizacya stwarza. Do tej kategoryi należy 5 przypadków obłędu opilczego (delirium tremens) i jeden przypadek innej alkoholowej psychozy We wszystkich tych 6 przypadkach istniało oczywiście już przed mobilizacyą przewlekłe opilstwo. Tutaj jednak nagła zmiana warunków życia, niezwykle trudy, zaburzenia odżywiania i snu, nadużycie napojów wyskokowych lub zupełna nagła abstyuencya od nich, moralne wstrząśnienie z powodu nagłego opuszczenia zajęcia lub rodziny, zmęczenie długą jazdą kolejową i kilkodniowe nieraz oczekiwanie na podwórzach koszarowych w dręczącej niepewności, czy i dokąd zostaną przydzieleni, odegrały niewątpliwie rozstrzygającą rolę przyczyny, która chorobę wywołała. Wszyscy ci chorzy są już dzisiaj z owej ostrej psychozy wyleczeni i obecnie cierpią tylko jeszcze na t. zw. przewlekły alkoholizm, do którego wyleczenia potrzebaby było kilkomiesięcznego leczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym dla alkoholików (Trinkerheilstätte).

Teraz przechodzę do tych przypadków zaburzeń nerwowych i psychicznych, które powstały w czasie wojny.

I tutaj odróżniam dwie kategorye: 1) przypadki, które powstały poza linią bojową i 2) przypadki, które wystąpiły na polu bitwy.

W pierwszej grupie odróżniam jeszcze przypadki, które powstały znów niezależnie od działań wojennych, to znaczy takie choroby, któreby się były prawdopodobnie rozwinęły w tym czasie, nawet wtedy, gdyby ci ludzie wcale do wojska nie zostali wzięci,—od przypadków, które wywołane zostały przez warunki wojenne.

Chory M., który służył w charakterze sanitaryusza w jednym z tutejszych szpitali fortecznych, objawia od pewnego czasu stan maniakalnego podniecenia, mówi dużo, okazuje wzmożenie samopoczucia, jest niespokojny i nie sypia. Ponieważ chory ten w ciągu ostatnich kilku lat przechodził podobny stan już 3 razy, skłaniam się do przypuszczenia, że obecny jego stan chorobowy rozwinął się niezależnie od wojny. Jako sanitaryusz w szpitalu prowadził M. życie regularne i żadnym gwałtowniejszym wzruszeniom moralnym nie podlegał. Zresztą psychoza maniakalno-desyjna jest chorobą endogeniczną i występowanie poszczególnych okresów chorobowych na ogół nie zależy od wpływu zewnętrznych warunków.

Chory Mil., od urodzenia nieco ograniczony, zajęty od początku wojny jako robotnik przy fortach krakowskich. W ostatnich dniach występowały następujące objawy: ogólne osłabienie, drżenie ogólne i w okolicy serca, uderzenia krwi, do głowy, zawroty głowy, bezsenność, niepokój wewnętrzny nieznaczne podniecenie psychoruchowe (obgryzał paznokcie, drapał się i szczypał sobie skórę), napady lęku, depresya, omamy (wydawało mu się, że słyszy głos córki, że widzi dom swój, że żona jego umarła). W ciągu trzech tygodni chory ten pod wpływem leżenia w łóżku (»Bettbehandlung«) i wodoleczenia przyszedł do siebie. — W tym przypadku wrodzonego niedołęztwa umysłu lekkiego stopnia z niedostateczną odpornością psychiczną wystąpiły t. zw. psychotyczne objawy pod wpływem tęsknoty za domem i rodziną (»Heimweh«), gdyż, jak sam chory podaje, odżywianie przy wojsku miał dobre, a praca nie była zbyt ciężka.

W związku z wojną zachorował na neurasteniczną depresyę chory U. Chory ten, liczący obecnie 42 lata, służył w swoim czasie jako sierżant przy dragonach. Obecnie, ponieważ nie był dość silny, przydzielono go do oddziału robotniczego, czem się ogromnie zmartwił. W dodatku nie otrzymywał w tym czasie żadnych wiadomości z domu. Podczas mszy polowej na Błoniach pod Krakowem, z powodu omyłki, popełnionej przez niego przy komenderowaniu, odebrał mu oficer komendę i poruczył ją młodszemu od niego. Ponieważ U. jest z natury człowiekiem sumiennym, wrażliwym i ambitnym, ogromnie się tem przejął i zaczął od tej chwili odczuwać tęsknotę za domem i za rodziną. Stał się smutnym, płaczliwym i przestał sypiać, aż wreszcie z powodu drżenia i ogólnego osłabienia stał się niezdolnym do pracy. W tym przypadku przyjmuję, że nerwica urazowa w postaci neurastenicznej depresyi powstała pod wpływem doznanego w służbie wojskowej urazu psychicznego i wzruszeń moralnych. Stan tego chorego bardzo powoli się poprawia.

Do kategoryi przypadków zaburzeń nerwowych i psychicznych, powstałych na polu bitwy, należą: 1 przypadek otępienia przedwczesnego, 3 porażenia postępującego, 2 padaczki, 3 psychozy maniakalno-depresyjnej, 4 neurastenii i 9 przypadków psychozy z zamroczeniem świadomości.

Czy w przypadku otępienia przedwczesnego (chory L.) bitwa była czynnikiem wywołującym psychozę, nie da się ani potwierdzić ani zaprzeczyć. Muszę tu tylko podnieść, że starszy brat chorego cierpi już od dłuższego czasu na tę samą chorobę i że psychoza u L. przedstawia zwykły obraz otępienia przedwczesnego, a niema żadnych szczególnych oznak, któreby wskazywały na związek z wydarzeniami przebytemi w bitwie.

To samo można powiedzieć i o przypadkach porażenia postępującego.

Co do 2 przypadków padaczki, należy podnieść, co następuje. Chory G. cierpiał już od szeregu lat na padaczkowe stany zamroczenia, powtarzające się co parę miesięcy. Czy w tym przypadku wydarzenia na polu bitwy — przy powstaniu obecnego stanu zamroczenia, który trwał około 10 dni, odegrały jaką rolę, nie da się orzec. Obraz kliniczny obecnego stanu zamroczenia był podobny do poprzednio przebytych, o czem chory wie oczywiście tylko z opowiadań otoczenia.

Drugi przypadek padaczki dotyczy chorego Sch., który w dzieciństwie przez parę lat miewał napady drgawek z utratą przytomności. Po wieloletniej przerwie dostał chory pierwszego napadu w okopach; po tym napadzie wystąpił stan zamroczenia ponapadowego, który trwał przez kilka dni. O tym przypadku można, mojem zdaniem, powiedzieć, co następuje. Ponieważ Sch. w dzieciństwie cierpiał jedynie na napady drgawkowe, a w bitwie dostał napadu drgawek, po którym wystąpił stan ponapadowego zamroczenia, można przyjąć, że nadzwyczajne wysiłki i wzruszenia wojenne chorobę pogorszyły. Jestto jednak tylko dowolne przypuszczenie, gdyż z doświadczenia wiemy, że podobny przebieg padaczki zdarza się i w zwykłych warunkach, i odwrotnie, to znaczy, że pomimo wielkich wysiłków i wzruszeń moralnych napady padaczkowe nie pojawiają się.

Tylko w przypadku paranoidalnej formy psychozy maniakalno-depresyjnej u oficera F., może stoi choroba

z wydarzeniami i działaniami wojennemi na polu bitwy w pewnym związku przyczynowym, ponieważ treść urojeń tego chorego zaczerpnięta jest z wojny. W czasie odwrotu uroił sobie F., że dla zbawienia ojczyzny musi wypełnić ważną misyę, a mianowicie w przebraniu rosyjskiego oficera przedostać się przez szeregi nieprzyjacielskie do Petersburga, dotrzeć do cara i zamordować go przez przegryzienie mu gardła. W klinice miał F obok urojeń wielkości i urojenia prześladowcze. Wydawało mu się, że go chcą zdradzić, otruć i zamordować. Miał oprócz tego omamy słuchowe i napady lęku, a chwilami, co i teraz jeszcze się zdarza, był bardzo niespokojny. Ale nawet i w tym przypadku, pomimo swoistego zabarwienia urojeń, nie można całkiem stanowczo twierdzić, że wydarzenia na polu bitwy odegrały rozstrzygającą rolę i wywołały psychozę a to tem mniej, że chory ten przed kilku laty już był raz podobnie chory, a matka i siostra jego również cierpią na psychozę okresową[1]).

Chorzy M. i H. także już przed wojną cierpieli na okresowe stany depresyi. M. po przybyciu do kliniki niebawem wyzdrowiał, a w kilka tygodni, jeszcze podczas pobytu w klinice, dostał ponownego, niedługo trwającego stanu depresyi.

Wreszcie przechodzimy teraz do zaburzeń nerwowych i psychicznych, które niewątpliwie powstały w związku z bitwą. Są to przypadki neurastenii i stany ostrego zamroczenia świadomości, spostrzegane przeważnie u oficerów.

U chorego K., który był komendantem bateryi karabinów maszynowych, wystąpiły na pierwszy plan zaburzenia nerwowe ze strony akcyi serca. U chorego O., kapitana, wystąpiły po 24-godzinnym forsownym marszu, a następnie po bitwie, która toczyła się w lesie, zdaniem chorego wskutek nadzwyczajnego napięcia uwagi, objawy ogólnego wyczerpania, wzmożenie wrażliwości wzroku, bezsenność i zaburzenia jelitowe. Trzeci przypadek dotyczy bardzo dzielnego profesora politechniki, który pełniąc obowiązki oficera prowiantowego, zapadł na ostry stan neurastenii z depresyą i zupełną niezdolnością do pracy umysłowej.

Wszyscy ci trzej chorzy należeli do grupy wojsk która zmuszona była pospiesznie się cofać i wszyscy wskutek tego musieli wykonać wprost nadludzkie wysiłki, znosić wszelkie niedostatki i przeszli nadzwyczajnie bolesne wzruszenia moralne. Wszyscy trzej w stosunkowo krótkim czasie wyzdrowieli i powrócili do służby.

Do tej samej kategoryi należy 9 przypadków zamroczenia świadomości. Zasadnicze objawy tego stanu chorobowego, które we wszystkich tych przypadkach się powtarzały, były następujące: wzmożenie w wysokim stopniu wrażliwości zmysłów ze złudzeniami (iluzyami) i omamami, w szczególności wybitna przeczulica skóry nawet przy najlżejszem dotykaniu, wewnętrzny niepokój, podniecenie psychoruchowe, drażliwość, zamroczenie świadomości, zaburzenia oryentacyi co do miejsca i czasu, zapoznawanie otoczenia, depresya, lęk, bezsenność, wzmożenie odruchów ścięgnistych, przyspieszenie czynności i ogólne osłabienie.

Do zespołu objawów wyżej wymienionych w 5 przypadkach dołączyły się jeszcze zaburzenia czynnościowe, a mianowicie: astazya i abazya, porażenie poprzeczne (paraplegia), porażenie połowicze (hemiplegia), głuchoniemota (surdomutitas) i bezgłos (aphonia).

Jeden z tych chorych w stanie takiego zamroczenia świadomości wśród ognia granatów i szrapneli, krzycząc i śmiejąc się, wskoczył na kupę drzewa, naśladował świst i huk szrapneli i granatów, zupełnie nie zdając sobie sprawy z niebezpieczeństwa, jakie mu groziło. Drugi — wyjechał konno przed swoją własną linię tyralierską. Trzeci — zaczął nagle krzyczeć »hurra, hurra«, wywołując tem popłoch i zamieszanie w szeregach własnych.

Czwarty — w czasie zamroczenia, jakie stwierdzić u niego mogliśmy jeszcze i w klinice, widział w sali chorych Rosyan, kozaka, spadającego z konia — przyczem uśmiechał się, — widział zbliżającą się nieprzyjacielską artyleryę i w stanie lękowym, jaki tym omamom towarzyszył, wyskakiwał z łóżka, rzucał się na podłogę i krył się przed nieprzyjacielem za łóżko lub krzesło, wykonując rękami ruchy, jakby w nich trzymał karabin; to znów wydawało mu się, że widzi dom swój i rodzinę, przyczem zaczynał rzewnie płakać. Podobne omamy i stany lękowe udawało się u tego chorego wywoływać zapomocą poddawania. Również nagłe stuknięcie, n. p. wskutek zamknięcia drzwi na sali, wywoływało stan lęku ze złudzeniami i omamami.—Inny chory, Węgier, słuchacz medycyny, słysząc huk dział, jaki wówczas dochodził do kliniki z pod Krakowa, wpadał w stan okropnego niepokoju, trząsł się na całem ciele, i widział przed sobą Rosyan, rzucających się na jego profesora, z którym razem walczył w polu.

Po ustąpieniu tych ostrych stanów podniecenia z zamroczeniem świadomości obserwowałem prawie u wszystkich tych chorych 2—3-tygodniowy okres zdrowienia z depresyą, skłonnością do płaczu, stanem lękowym, bezsennością, wzmożoną pobudliwością, wzmożoną dermografią i przyspieszeniem tętna. W jednym przypadku utrzymywały się przez pewien czas jeszcze lekkie zaburzenia zapamiętywania wrażeń i niemożność należytego skupienia uwagi. Zresztą wszyscy ci chorzy w okresie zdrowienia byli na ogół spokojni przytomni i zoryentowani.

Prawie we wszystkich tych przypadkach przyczyną bezpośrednią, która stan chorobowy wywołała, był uraz psychiczny, a częściowo i wstrząs fizyczny, doznany z powodu wybuchu w najbliższem sąsiedztwie pocisku, uderzenia powietrza lub zasypania ziemią, bez widocznego uszkodzenia cielesnego.

Ostry stan psychozy trwał w wyżej opisanych przypadkach od 2 do 10 dni. Po przyjściu do przytomności istniała u tych chorych albo zupełna niepamięć tego, co się w czasie tej ostrej psychozy działo z nimi i obok nich, albo niepamięć częściowa (amnesia partialis). Chorzy ci najczęściej nie wiedzieli nic, co się z nimi stało od chwili, w której stracili świadomość, nie pamiętali, w jaki sposób dostali się do szpitala, lub przypominali sobie tylko niektóre szczegóły z podróży i z pobytu w szpitalu polowym, n. p., że wóz, na którym jechali, bardzo trząsł, że w szpitalu polowym podawała im pielęgniarka herbatę i t. p.

Po uspokojeniu się, w okresie zdrowienia, udawało się niektórym z tych chorych stopniowo przypomnieć sobie niektóre wydarzenia, których początkowo zupełnie nie pamiętali.

Częściowe porażenia czynnościowe, które w przypadkach tych spostrzegałem w postaci astazyi i abazyi, porażenia połowiczego, porażenia poprzecznego, głuchoniemoty i bezgłosu, ustępowały zazwyczaj powoli, dopiero w okresie zdrowienia. Tylko w jednym przypadku głuchoniemoty powróciła mowa nagle, przyczem chory objawiał pewne pod-

---

[1]) W styczniu 1915 r. otrzymałem od matki chorego list, z którego wynikało, że F. zupełnie wyzdrowiał.

niecenie i płakał z radości Bezgłos w innym przypadku utrzymywał się uporczywie i trwa do dziś dnia jeszcze.

Szczegółowa analiza wywiadów i dokładne badanie układu nerwowego w tych przypadkach, w szczególności usposobienia i charakteru, wykazały, że w 7 przypadkach (na 9) chorzy byli od urodzenia neuropatyczni lub psychopatyczni, z jednej strony dziedzicznie obciążeni, a z drugiej już przed wojną okazujący nieraz objawy neuropatyczne lub psychopatyczne. Dlatego też przyjąć można, że ciężkie ostre psychozy z podnieceniem i zamroczeniem świadomości były jakgdyby odczynem ich psychopatycznej i neuropatycznej konstytucyi na zupełnie niezwykłe i gwałtowne podniety, które na nich w czasie bitwy zadziałały.

Co do występowania pewnych poszczególnych objawów, co do tego mianowicie, dlaczego w jednym wystąpił taki objaw, a nie inny, pragnąłbym podnieść fakt, na który warto zwrócić uwagę, że chory, który dostał porażenia połowiczego, cierpiał kiedyś dawniej na nogi, chory, który dostał bezgłosu, dawniej cierpiał na chrypkę, — ten, który dostał głuchoniemoty, — jak to wspólnie z kand. med. Eugeniuszem Artwińskim ustaliliśmy — w swoim czasie przechodził jakieś cierpienie uszów[1]), a ten, który w psychozie naśladował świst granatów i szrapneli, był w dzieciństwie znanym w gronie kolegów naśladowcą zwierząt i t. p.

Kończąc, ujmuję wynik moich tymczasowych spostrzeżeń w następujących zdaniach:

1. Oprócz zwykłych zaburzeń nerwowych i psychicznych, spostrzeganych w czasach zwykłych pokojowych, występują w czasie wojny, w szczególności podczas bitwy, ciężkie patologiczne stany psychiczne.

2. Stany te przypominają w ogólnych zarysach stany histerycznego zamroczenia, spostrzegane w czasach pokojowych. Natężenie ich jednak i pewne cechy, zależne oczywiście od niezwykłych warunków nowożytnej wojny, jak n. p. nadzwyczajne wzmożenie pobudliwości i wrażliwości zmysłów i in., nadają im pewien nieco odmienny charakter.

3. Z tych spostrzeżeń wyniosłem wrażenie, że stany te zdarzają się w czasie wojny względnie częściej, niż w czasie pokojowym, gdzie rzadko ludzie na tak niezwykłe i silne podniety przy poprzedniem wyczerpaniu całego ustroju bywają narażeni[2]).

4. Ciężkie stany podniecenia z zamroczeniem świadomości występują prawie wyłącznie u osób neuropatycznych lub psychopatycznych i dziedzicznie obarczonych, a więc u t. zw. osób usposobionych.

Jednakże zaznaczyć tu muszę, że w niewielu przypadkach podobne stany spostrzegałem również i u osób, u których ani cech histerycznych, ani padaczkowych wykryć mi się nie powiodło.

5. Wyżej opisane stany patologiczne są przemijające.

6. Wreszcie jest rzeczą jasną, że tego rodzaju ludzi, u których w razie ponownego zadziałania podobnych podniet może nastąpić nawrót choroby, w każdym razie nie należy po przyjściu do zdrowia kwalifikować jako zdolnych do służby na froncie, ponieważ tacy ludzie w stanie chorobowym mogą wywołać łatwo w szeregach niepokój i zamieszanie. Natężenie sprawy chorobowej i stopień konstytucyi neuropatycznej i psychopatycznej i dziedzicznego obarczenia występują w tych przypadkach w rozmaitej kombinacyi. Dlatego też każdy taki przypadek z punktu widzenia zdolności do służby powinien być oceniany zupełnie indywidualnie.

[1]) O tem ogłosimy wkrótce obszerniejszą wzmiankę.

[2]) Sprawa ta mogłaby być rozstrzygnięta jedynie na podstawie dokładnej statystyki.

Doświadczenia z chirurgii wojennej 1914/15.

Podał

Doc. Dr Z. Radliński (Kraków).

Chirurgia naczyń krwionośnych.

Uszkodzenia postrzałowe wielkich naczyń krwionośnych i pni nerwowych nadają ranom części miękkich zawsze cechy szczególnie poważne. O tem, czy współczesna kula karabinowa, tępa czy zaostrzona, ma skłonność do odsuwania ze swej drogi tworów zbitszych, jakiemi są naczynia i nerwy, sądzić trudno, pomimo, że wielokrotnie tę przypuszczalną własność kul, zwłaszcza tępo zakończonych, podnoszono. Jeżelibyśmy o tem chcieli sądzić z linii, łączącej wlot i wylot postrzału, a przecinającej przebieg danego naczynia lub nerwu, możemy łatwo dojść do wniosków mylnych, ponieważ rana mogła być zadana w takiem położeniu kończyny, gdy skrzyżowanie się tych linii nie istnieje. Osobiście spostrzegałem jeden tylko przypadek, gdzie kula prześliznęła się między składnikami pęczka naczyniowo-nerwowego pod pachą, nie przerywając żadnego z nich, a tylko pozostawiając niedowład nerwu promieniowego. Szczegółowe badanie przy operacyi w 3 miesiące po zranieniu wykazało na przestrzeni około $^1/_2$ ctm. ścieńczenie tego nerwu, jakby zanik, jednak bez wyraźnej zmiany bliznowatej na otoczce nerwu. Przypuszczać należy, że zmiana ta powstała przez wylew krwawy wewnątrzotoczkowy, wywołany stłuczeniem, który uległ później wessaniu, a pozostawił zanik uciśniętego odcinka nerwu.

W przeważnej większości przypadków, tam gdzie linia przebiegu kuli krzyżowała się z przebiegiem naczynia lub nerwu, istniało ich uszkodzenie z naruszeniem całości, niekiedy bez zupełnego przerwania, a tylko w postaci szczelinowatego otworu, lub bocznego ubytku. Krzyżowanie się linii postrzału z naczyniem bywało, poza innymi objawami, szczegółem pomocniczym w rozpoznawaniu uszkodzeń zwłaszcza niezbyt wielkich, a głęboko położonych naczyń (a. profunda femoris, a. tibialis postica), których uszkodzenie samo przez się daje objawy niezbyt wyraźne.

Na ogół na podstawie moich spostrzeżeń skłaniam się do zdania, że kule karabinowe współczesne nie mają skłonności do usuwania ze swej drogi nerwów i naczyń, przeciwnie, że ranią je łatwo, co zresztą dobrze się godzi z faktem olbrzymiego rozpędu kuli.

Obraz kliniczny uszkodzenia pni naczyniowych bywa rozmaity u rannych, którzy się dostali do szpitala dalej poza frontem, a więc przebyli już bezpośrednie niebezpieczeństwo krwotoku. Zranienia dużych tętnic, jak tętnica szyjna, podobojczykowa, udowa, podkolanowa, dają obraz

dużego tętniącego krwiaka, który stopniowo przybiera cechy tętniaka rzekomego (aneurysma spurium). Rany tętnic mniejszych oraz dużych żył wywołują duży krwiak, który jednak nie tętni. Tętnienia może brakować także przy ranach wielkich tętnic. jeżeli otwór w tętnicy jest niewielki, tak, iż z obecności nie tętniącego krwiaka w sąsiedztwie wielkiej tętnicy nie można rozpoznawać, że zraniona jest tylko towarzysząca jej żyła.

Charakterystyczny jest szmer rytmiczny w obrębie krwiaka, powstałego wskutek rany w wielkiej tętnicy. Szmeru tego brakuje tylko wtedy, jeżeli otwór w tętnicy jest mały. Szmer doskonale można słyszeć słuchawką lub wprost przyłożonem uchem. a oprócz tego wyczuć można ręką w tem samem miejscu jakby delikatne drżenie od tarcia wirującej krwi.

Bardzo często tętno w gałęziach, położonych poniżej zranienia, słabnie lub znika, a w każdym razie staje się nierównem tętnu strony zdrowej. Objaw ten jest przy ranach tętnic wprawdzie częsty, ale nie stały. Tętno może bowiem być słabsze wskutek ucisku tętnicy przez krwiak wyłącznie żylny na poziomie rany, z drugiej zaś strony możliwy jest, zwłaszcza w późniejszych okresach tętniaka rzekomego, powrót tętna prawidłowego.

Ważnym objawem jest bardzo znaczny ból, silny zwłaszcza w okresie narastania krwiaka. Niekiedy nawet bez powikłania sprawy zapaleniem ropnem podnosi się znacznie ciepłota, zwłaszcza w pierwszych tygodniach po zranieniu. Wzniesienia ciepłoty (do 39° C) i bóle w głębi rany, łącznie z wyczuwanem w głębi jakby chełbotaniem (skrzepy!), wiodą czasem do mylnego rozpoznania głębokiego ropnia i niejednokrotnie już bywały przyczyną przykrych niespodzianek przy operacyi. Zamiast ropy w ranie ukazują się najpierw skrzepy, a po ich usunięciu — krwotok. Mnie samemu zdarzyła się raz podobna omyłka przy zranieniu tętnicy piszczelowej tylnej (a. tibialis post.) w obrębie łydki. Wiem o podobnych błędach w zakresie tętnicy udowej, pachowej. Im tętnica jest większa, tem o błąd trudniej, ale też i poważniejsze mogą być skutki błędu.

Bardzo groźnem powikłaniem ran naczyń krwionośnych jest zapalenie ropne. Na szczęście zdarza się ono dość rzadko. Wtedy staje się koniecznością szerokie otwarcie jamy zropiałego krwiaka i podwiązanie naczynia zranionego. Często naczynie przy operacyi nie krwawi, zatkane skrzepem, dopiero później, po rozpadzie ropnym skrzepu występuje krwotok wtórny. W tych razach wyszukanie i podwiązanie naczynia jest postępowaniem najwłaściwszem, może ono jednak sprawiać poważne trudności techniczne. Wolno tu zamiast podwiązki pozostawić w ranie kleszczyki Péana. które muszą pozostać na miejscu, zależnie od wielkości naczynia, 6—8 dni. Przy łóżku chorych, gdzie choćby trochę możemy się obawiać wtórnego krwotoku, powinna się znajdować opaska gumowa, a dozorcy, zwłaszcza nocni, powinni być uprzedzeni o możliwości krwotoku i nauczeni zakładania opaski. Krwotok wtórny dziwnie często występuje w nocy bez żadnych objawów zwiastujących, oraz bez poprzedzających silniejszych ruchów (oddawanie stolca). Sam chory najczęściej poza ciepłem, rozlewającem się po skórze od uchodzącej krwi, oraz pewnym stanem błogości, — nie odczuwa przytem nic. Czasem dopiero szmer kapiącej lub lejącej się z posłania na podłogę krwi zwraca uwagę chorego i jego otoczenia.

Krwotoki wtórne zdarzają się, jak wiadomo, nietylko po bezpośrednich zranieniach naczyń. Chirurgia wojenna częściej od pokojowej spotyka się z nimi. Zjawiają się one w razie rozpadu ściany naczynia krwionośnego w ranie zakażonej, albo gdy odłamek kostny lub źle założony sączek gumowy w ścianie tej wywołują odleżynę z przebiciem.

Oprócz tylko co wspomnianego ropnego zakażenia krwiaka może powstać wskazanie do otwarcia go wtedy, gdy zaczyna się on szybko powiększać. Powiększanie się takie sprawia nieznośny ból, a prócz tego może wywołać krwotok na zewnątrz bądź przez otwartą na nowo ranę postrzałową, poprzednio już zagojoną, bądź też przez zgorzel skóry ponad krwiakiem wskutek ucisku. Samo powiększanie się krwiaka stanowi poza tem niebezpieczeństwo dla części kończyny, położonej poniżej, ponieważ wywołać może zaciśnięcie naczyń i zgorzel. Otwierając w takich razach krwiak, mamy do wyboru albo podwiązanie naczynia zranionego, albo też szew naczynia. Najczęściej wypada podwiązać, ponieważ duża, skrzepami wypełniona jama rany nie może być zupełnie zaszyta, a więc nie daje dobrych warunków doraźnego gojenia się szwu naczyniowego i jego otoczenia. Jeszcze raczej możliwy tu jest szew boczny, o ile rana w tętnicy zajmuje tylko część ściany, a po jej zaszyciu kanał naczynia, acz zwężony, utrzymuje się. Szew okrężny uważam w tych przypadkach za niebezpieczny ze względu na wtórny krwotok. To niebezpieczeństwo jest znacznie większe, niż niebezpieczeństwo zgorzeli kończyny po podwiązaniu naczynia.

Obawa zgorzeli kończyny po podwiązaniu naczynia zranionego bywa często przesadna, zwłaszcza co do rannych, którzy już doraźne, bezpośrednie niebezpieczeństwo to przeżyli szczęśliwie i dostali się z żywą kończyną do zakładu, położonego dalej od frontu. Należy sobie bowiem uprzytomnić, że jeżeli kończyna przy zupełnie lub prawie zupełnie przerwanem naczyniu głównem nie uległa zgorzeli, to dzieje się to wskutek dopływu krwi drogami obocznemi, które już zdążyły dostosować się do koniecznej ilości krwi (circulatio collateralis). Przecież pomiędzy końcami zupełnie przerwanego naczynia tworzą się skrzepy i wolnej drogi dla krwi już niema. To samo dzieje się, jeżeli z naczynia utrzymał się tylko wązki pasek jego ściany, a więc w obu przypadkach, gdy w miejsce podwiązania wchodziłby w rachubę szew okrężny. W tych przypadkach podwiązanie nie może być niebezpieczne, stanowi bowiem tylko operacyjne wykończenie stanu, który już powstał przedtem. Należy tu mieć bardzo na względzie, że nie wolno przy odsłanianiu zranionego miejsca naczynia obchodzić się nieoględnie lub bezwzględnie z naczyniami, odchodzącemi powyżej i poniżej miejsca zranienia. Przeciwnie należy dołożyć wszelkich starań, aby ich nie naruszyć, ponieważ one to właśnie stanowić mogą o odżywieniu kończyny.

Jeżeli skaleczenie naczynia jest niewielkie, drożność naczynia często utrzymuje się; tu można i należy zastosować boczny szew naczyniowy. Oczywiście mam tu na myśli tylko te wielkie naczynia, których podwiązanie wogóle zagrażać może odżywieniu kończyny. Szew tętnicy ramiennej, łokciowej, piszczelowej przedniej lub tylnej, — jak to się

czasem teraz dzięki rozwojowi techniki szwu naczyniowego dzieje — należy uważać za niepotrzebne wprawki techniczne. Natomiast bardzo poważnie wchodzi w rachubę szew tętnicy szyjnej wspólnej i wewnętrznej (mózg!), tętnicy podobojczykowej oraz udowej, zwłaszcza poniżej odejścia tętnicy udowej głębokiej aż do podziału na piszczelową przednią i tylną. Podwiązanie tętnicy udowej ponad tętnicą udową głęboką, dzięki stałym i dużym połączeniom tętnicy udowej głębokiej z gałęziami tętnicy podbrzusznej, jest mało niebezpieczne.

Do sprawy szwu naczyniowego okrężnego wrócę, omawiając postępowanie z tętniakami rzekomymi.

O ile zropienie lub szybkie powiększanie się nie zmusiły do otwarcia krwiaka, powstałego z uszkodzenia wielkiego naczynia tętniczego lub żylnego, to krwiak ulega stopniowo organizacyi i wessaniu, i jeżeli zraniona była tętnica, powstaje przytem zwykle tętniak rzekomy. Najczęściej zdarzającemu się jednoczesnemu zranieniu tętnicy i żyły nadaje cechę kliniczną właściwie zranienie tętnicy. Zranienia samej tylko żyły, o ile przejdą pomyślnie poza wczesne, powyżej wymienione niebezpieczeństwa, nie wymagają już później interwencyi operacyjnej. Niekiedy w razie zranienia tętnicy i żyły następuje w końcu zupełny zanik krwiaka, powrót do stosunków na zewnątrz prawidłowych, pozostaje tylko połączenie tętniczo-żylne, podobne do tego, jakie stwarzano operacyjnie w ostatnich latach na udzie przy zatkaniach tętnicy wskutek sprawy miażdżycowej. Jeden taki przypadek, dotyczący tętnicy udowej pod więzadłem Pouparta, spostrzegałem — i nie operowałem. Kanał rany postrzałowej przebiegał tak, że trafiał w linię przylegania tętnicy do żyły. Na razie przeciwwskazanie do operacyi stanowiła tutaj sprawa przypadkowa uboczna (zapalenie wsierdzia), po jej zaś przeminięciu objawy tak wyraźnie zmalały, że prócz nieznacznego szmeru wirowego, szerzącego się na kilka centymetrów w dół od miejsca rany wzdłuż tętnicy i żyły, nie było można stwierdzić ani worka tętniakowego, ani tętnienia rozleglejszego lub silniejszego, niż po stronie zdrowej. Wskazania do operacyi wobec tego nie widziałem.

Niewątpliwie stanowi opisane zespolenie żylno-tętnicze tylko ciekawy wyjątek; przeważnie powstaje typowy tętniak rzekomy, t. j. dookoła miejsca zranienia — worek o ścianach ze zbitej tkanki łącznej. Stosunek naczynia zranionego do worka bywa najczęściej taki, że przebiega ono w jednej ze ścian worka, zwrócone raną do jamy worka. Jeżeli tętnica lub żyła jest przerwana zupełnie, to drugie naczynie, którego ciągłość jest choć w części zachowana, utrzymuje opisane położenie. Ważną jest rzeczą, że bezpośrednio po zranieniu naczynia i w czasie najbliższym skrzepy tamują drogę krwi przez zranione naczynie i wtedy bardzo doniosłe jest krążenie oboczne. Stopniowo w miarę, jak jama krwiaka się zmniejsza i powstaje worek tętniaka, może niekiedy, a jak podaje Bier, nawet często, obwodowy odcinek naczynia stać się drożny. Wtedy drogi oboczne stopniowo tracą swe znaczenie i wytwarzają się stosunki, zbliżone do stanu prawidłowego. Podwiązanie naczynia w takim okresie, a więc wtedy, gdy odzyskało ono swą drożność choć częściowo, a rozwój dróg obocznych cofnął się, może mieć doniosłość takąsamą, jak podwiązanie naczynia prawidłowego. Dlatego, operując w tym okresie, należy się zawsze przekonać od jamy tętniaka, czy droga ku odcinkowi obwodowemu jest wolna. Jeżeli gruby zgłębnik wchodzi swobodnie od jamy tętniaka do obwodowego odcinka naczynia, musimy przyjąć, że drożność, a więc i czynność naczynia jest zachowana. Wtedy wskazane jest zastosowanie szwu naczyniowego, czy to bocznego z utrzymaniem kanału, czy okrężnego; dla szwu okrężnego operacya w tych późnych okresach daje dobre widoki doraźnego zagojenia się.

Z powyższego wynika, że chcąc łatwiej sprostać wszelkim spotykanym warunkom, należy dążyć do tego, aby tętniaki rzekome operować ile możności późno. Ustalony z doświadczeń wojny bałkańskiej termin najmniej trzechtygodniowy od zranienia uważałbym za zbyt krótki. Im później — 6—8 tygodni — tem lepiej. Przez ten czas zachować musi chory spokój, a my względem chorego »zbrojne pogotowie«, by w razie czy to objawów zapalenia ropnego, czy nagłego zwiększania się krwiaka — wkroczyć niezwłocznie. Przez czekanie uzyskujemy lepsze warunki dla rany operacyjnej w razie konieczności szwu naczyniowego, a poza tem możemy czasami choremu oszczędzić operacyi, o ile objawy tętniaka się cofną, co zdarza się wprawdzie rzadko, ale jednak jest możliwe. Nie ustępujący tętniak rzekomy zawsze stanowi wskazanie do zabiegu, ponieważ łatwo może pęknąć, zwłaszcza przy nieznacznym nawet urazie, i wtedy sprawa wraca ponownie do pierwszego okresu rozwoju, jak zaraz po zranieniu.

Technika szwu naczyniowego nie przedstawia wogóle takich trudności, jakieby można przypuszczać zarówno z opisów doświadczeń na zwierzętach, jak ze skomplikowanego instrumentaryum, podanego w tym celu. Należy uwzględnić, że znaczenie praktyczne ma u człowieka tylko szew naczyń dużych, a to sprawę ogromnie ułatwia, tak dalece, że niemal można się obejść bez osobnego instrumentaryum. Osobne igły do szwu naczyń nie są niezbędne. Zwykłe najmniejsze i najcieńsze igły zupełnie dobrze się tu nadają. Odpada wobec tego konieczność osobnych imadeł. Do czasowego zaciśnięcia naczynia nie są konieczne osobne kleszczyki (Höpfner); można stosować zaciskadło jelitowe (Kocher-Doyen) lub grubą nitkę, którą zawiązujemy lekko, na kokardę. Zwykły najcieńszy jedwab, taki, jakiego się używa do szwu jelitowego, wystarcza zupełnie; przytem nie jest konieczne osobne przygotowywanie go przez przepajanie parafiną; może być zwyczajnie, przez gotowanie, wyjałowiony. Natomiast ważne i pożądane są szczególnie małe i dokładne szczypczyki (penseta) haczykowe

Operacya odbywa się w sposób następujący: Na kończyny, gdzie można, zakłada się opaskę gumową. Na szyi i u nasady kończyn musimy się bez niej obejść. Cięcie przez największą wyniosłość guza tętniakowego i dotarcie do jego ściany, przyczem należy strzedz się, by po drodze nie uszkodzić nerwów, niekiedy znacznie przez guz poprzesuwanych (n. podkolanowy!), oraz gałęzi bocznych naczynia. O ile założona jest opaska gumowa, otwieramy śmiało ścianę worka, na oko często łudząco podobną do mięśnia, zwłaszcza podbiegłego krwią. O ile niema opaski, należy teraz, nie krępując się rozmiarami cięcia, ani choćby przecinaniem kości (obojczyk), udostępnić sobie dośrodkowy odcinek tętnicy i żyły, czasowo je zacisnąć w ten czy inny sposób i dopiero teraz otworzyć tętniak. Z jamy tętniaka oryentujemy się o położeniu naczynia w jego ścianie, co zwykle udaje się łatwo, jak również łatwo bywa teraz znaleść ranę w naczyniu. Sprawdzamy drożność odcinka obwodowego zapomocą grubego zgłębnika (jak zgłębnik maciczny). Jeżeli odcinek ten jest niedrożny, można go naciąć i wtedy zwykle powstaje z niego słaby krwotok tę

tniczy, przeważnie bez wyraźnego tętnienia (objaw Coenena) — jako wyraz działania naczyń obocznych. Wtedy możemy dośrodkowy i obwodowy koniec tętnicy bez obawy podwiązać, nie tracąc czasu na szew naczyniowy.

Natomiast, jeżeli z tętniaka do obwodowego odcinka naczynia wiedzie wolna droga, badamy dokładniej ranę w ścianie naczynia. Ubytki boczne nieznaczne, a na większych tętnicach (udowa) nawet dwa przeciwległe otwory od strzału na wylot, pozwalają użyć szwu bocznego, z tem, że kanał naczynia zostaje utrzymany. Szew zakłada się węzełkowy z jedwabiu. Należy bardzo uważać, aby przy zawiązywaniu szwu przylegały do siebie błony wewnętrzne (intima) tętnicy, gdyż to stosunkowo najlepiej zapobiega tworzeniu się zatykającego skrzepu. Szew trzeba zakładać w linii równoległej do osi naczynia, pomimo, że pociąga to za sobą zwężenie naczynia. Zakładanie szwu w kierunku poprzecznym do osi, jak to się robi na jelitach przy przedziurawieniach, jest tu niemożliwe, ponieważ ściany naczynia są mało podatne, brzegi rany nie dają się zbliżyć w tym kierunku i szew miałby zbyt duże napięcie, a więc byłby niepewny. Ułatwia sprawę to, że niema, w przeciwieństwie do jelit, potrzeby zakładać szwu dwupiętrowego, — zupełnie wystarcza jedno piętro. Dobre przyleganie brzegów zaszywanej rany można sobie ułatwić w ten sposób, że zakłada się najpierw dwa szwy końcowe, narożne i za ich nitki unosi się cokolwiek ścianę naczynia, przez co brzegi rany równo się względem siebie układają i przylegają błonami wewnętrznemi. W tem położeniu zakłada się resztę szwów. Szwy daje się w odstępach $1\frac{1}{2}-2$ mm. Po zaszyciu rany zdejmuje się zacisk tymczasowy (opaskę) i sprawdza się, czy szew jest szczelny. Niekiedy wypadnie jeden albo dwa szwy dodać w tych miejscach, gdzie przez szczelinę między szwami krew strzyka. Słabe sączenie przez linię szwu i z ukłuć igłą nie wymaga osobnych szwów i po chwili samo ustaje. Końce nitek wszystkich szwów pozostawia się długie, aż do chwili uznania, że szew skończony, i dopiero teraz krótko się je obcina. Ten drobny szczegół techniczny ułatwia zakładanie szwów dodatkowych, nie dopuszcza, aby końce poprzednio obciętych nitek dostawały się w pętle nowych szwów i wogóle ułatwia panowanie nad całą zaszywaną raną. Należy tylko unikać poplątania długich końców, co udaje się najłatwiej przez zakładanie kleszczyków Péana na każdą parę nitek.

Szew naczyniowy okrężny wykonuje się wtedy, gdy w naczyniu jest zbyt duży ubytek boczny, aby go można zaszyć z utrzymaniem drożności naczynia, lub gdy naczynie jest zupełnie przerwane.

Technika szwu okrężnego opracowana jest szczegółowo (Carrel, Stich) i pozwala łączyć naczynia aż do rozmiaru 1 mm. średnicy wewnętrznej (Stich). U człowieka praktycznie stosuje się szew naczyń nie poniżej 3 mm. średnicy wewnętrznej (t. podkolanowa). Naprzód trzeba przygotować do szwu końce naczynia przez równe obcięcie poza częściami zniszczonemi. Powstaje z tego, zwłaszcza po sprężystem cofnięciu się końców, ubytek dość duży, który wywołuje pewne napięcie przy zbliżaniu końców. Napięciu temu można częściowo zaradzić przez odpowiednie ustawienie kończyny (np. zgięcie kolana) i to najczęściej wystarcza. Zupełnie wyjątkowo, jeżeli trzeba wyciąć znaczniejszy odcinek zranionego naczynia, zdarzyć się może, że końce zbliżyć się nie dają i wtedy może zajść konieczność albo podwiązania (w tych przypadkach drożność obwodowego odcinka jest albo bardzo mała, albo nie istnieje), — albo też wszczepienia pomiędzy końce tętnicy kawałka skądinąd wziętej żyły (v. saphena). Wiadomo, że żyła, znalazłszy się w nowych warunkach parcia wewnętrznego, przystosowuje się do niego dobrze i stanowi odpowiedni materyał do przeszczepiania.

Podana przez Sticha technika szwu okrężnego jest bardzo dogodna i warta naśladowania. Zakłada się naprzód w równych odstępach 3 szwy przez oba końce naczynia, zawiązuje się je i nitki pozostawia długie. Uzyskujemy w ten sposób 3 pary cugli, zapomocą których dogodnie można ustawić przestrzenie pomiędzy każdą parą w położeniu, nadającem się do szwu. Stich zakłada teraz szew ciągły; mnie się okazał dogodniejszym węzełkowy, ponieważ drobna niedokładność szwu ciągłego wystawia całą linię na szwank, natomiast zły szew węzełkowy łatwo poprawić nowym szwem, założonym tuż obok. I tu należy uważać, by przylegały do siebie powierzchnie wewnętrzne ścian (intima). Po zakończeniu szwu następuje zdjęcie zacisku tymczasowego, sprawdzenie szczelności, ewentualnie kilka szwów dodatkowych i krótkie obcięcie nitek. Ważną rzeczą jest, aby ranę można dokładnie zaszyć, co najwyżej pozostawiając sączek gumowy. Pozostawienie szwu okrężnego odkrytego, nie otoczonego ściśle przylegającemi tkankami sąsiedniemi, jakby to być musiało w ranie tamponowanej, jest niebezpieczne, i to jest powód, dla którego obawiam się szwu okrężnego w razie wczesnych operacyi, gdzie z powodu niezupełnie wygasłego zakażenia i obecności skrzepów ranę przynajmniej częściowo musimy zostawić otworem.

Mój materyał obejmuje 12 operowanych przypadków zranienia wielkich naczyń. 8 razy zastosowałem podwiązanie, 4 razy szew naczyniowy (1 raz okrężny na tętnicy podkolanowej, 3 razy boczny). Niepowodzenie miałem tylko jedno, u rannego, którego dostałem z posokowato zakażonym krwiakiem, pochodzącym z tętnicy podobojczykowej. Tętnicę musiałem podwiązać. Po 2 dniach wystąpiła zgorzel kończyny górnej. Amputacya nie uratowała chorego, zginął z zakażenia ogólnego w 10 dni po amputacyi.

Unikatem zapewne był przypadek, w którym kula karabinowa, przebijając udo, zraniła żyłę udową (v. femoralis) i żyłę udową głęboką (v. profunda femoris), nie uszkodziwszy równoimiennych tętnic. Z powodu krwotoku wtórnego z rany postrzałowej szerokie otwarcie całego terenu, podwójne podwiązanie obu żył; wyzdrowienie.

Wyżej wspomniałem już o nieoperowanym przypadku zespolenia tętniczożylnego na tętnicy udowej pod więzadłem Pouparta.

Piśmiennictwo bieżące.

I. Medycyna wewnętrzna.

Prof. Moeller i Prof. Mayer: **Dobór leków w czasie wojny.** (Z zakładów farmakologii i farmakognozyi uniwersytetu wiedeńskiego) (Heilkunde 1915 Nr. 11, listopad).

Wskutek ustania dowozu niektórych leków surowych, jak również trudności, wytworzonych przez wojnę w przemyśle chemicznym, oraz wskutek wielkiego spotrzebowania leków na polach walk, brakuje już teraz dla ludności cywilnej niektórych przetworów leczniczych, a niedostatek ich z pewnością będzie coraz większy. Dlatego też z jednej strony potrzeba popierać uprawę i zbieranie roślin lekarskich (czem już zajęły się władze), z drugiej zaś kierować się w ordynacyach lekarskich oszczędnością i, gdzie się tylko da, przepisywać środki zastępcze zamiast tych leków, których już niema, lub których są małe zasoby. W tym kierunku podają M. i M. praktyczne wskazówki dla lekarzy, ordynujących dla ludności cywilnej.

Naparstnicę przywożono dotąd do Austryi przeważnie z Niemiec; wobec zakazu wywozu, wydanego przez rząd niemiecki, może tego leku surowego braknąć, dlatego zaleca się zastępować go przetworami (digipuratum i t. p.), wybierając z nich te, których siła jest dokładnie określona i które dają się ściśle dawkować. Nadto możnaby wprowadzić w użycie naparstnicę,

kwitnącą żółto, u nas nierzadką, zamiast czerwonej niemieckiej; działanie bowiem nie różni się jakościowo. Dalej wchodzą w rachubę strofantus i jego przetwory. By zapobiedz brakowi kamfory, należy przepisywać ją tylko do użytku wewnętrznego i podskórnych wstrzykiwań, naskórnie zaś (do wcierań) nie używać jej; wcierania te zastąpi zupełnie spirytus gorczyczny (spiritus sinapisatus). Ze środków wykrztuśnych najulubieńsze (ipecacuanha, senega) przychodziły z za mórz; zamiast nich zapisywać można: Decoctum cort. quillajae w dawce 3—4 razy słabszej od dawki krzyżownicy (senega), a Decoctum rad. saponariae rubrae w dawce takiejsamej, jak krzyżownicę.

Makowiec (opium) będzie może dowożony z Turcyi; niemniej trzeba z tym cennym lekiem, jakoteż z morfiną i kodeiną, na razie obchodzić się jak najoszczędniej. Można morfinę tylko tam zastąpić syntetycznie uzyskiwaną papaweryną, gdzie wskazaniem dla morfiny są stany skurczowe mięśni gładkich. Podobnie brak dowozu przeważnej części dotąd używanych najczęściej środków przeczyszczających (rad. rhei, senna, rhamnus purshiana, alöe, jalapa); oleju rącznikowego niema już wcale w zapasie (przychodził z Włoch i Francyi). Toteż trzeba się posługiwać przetworami fenolftaleiny (purgen), oraz wodami i solami gorzkiemi. Zresztą jest do rozporządzenia w ilości ogromnej kora kruszyny (cortex frangulae), równej wartości, jak szakłak (rhamnus purshiana), są też gotowe wyciągi (extracta) kruszyny; jest też rzewień krajowy (radix rhei austriaci), ten jednak trzeba zapisywać w dawkach dwakroć wyższych, niż rzewień chiński.

Z alkaloidów, których z Niemiec wywozić zakazano, trzeba oszczędnie ordynować atropinę i skopolaminę, które zresztą, podobnie jak przetwory salicylowe, mogłyby być wyrabiane i w Austryi, bo materyałów surowych do tego nie brak, brak tylko fabryk. Również oszczędzać trzeba fizostygminy. Zamiast apomorfiny, jako środka wymiotnego, trzebaby używać siarczanu miedzi. Zamiast gorzknika (hydrastis), tak rozpowszechnionego w praktyce ginekologicznej, a będącego na wyczerpaniu, zaleca się używać syntetycznej (tańszej zresztą, a równie skutecznej) hydrastyniny.

Z wytwarzanych w Niemczech środków przeciwgorączkowych objęte są zakazami wywozu: pyramidon (synonimy: amidopyrin, dimopyran), antypiryna, fenacetyna (acetfenetydyna), antyfebryna (acetanilid), aspiryna (acidum acetylosalicylicum), trzeba więc zapisywać zamiast nich inne pokrewne leki. Zapisywanie chininy należy ograniczyć wyłącznie do przypadków zimnicy, do innych zaś celów wcale jej nie stosować wobec odcięcia dowozu kory chinowej. Nie wolno też z Niemiec wywozić jodu, i tego więc leku trzeba oszczędzać; można zaś zamiast jodu do użytku zewnętrznego (odkażanie skóry) użyć chloroformowego lub benzynowego rozczynu bromu; M. i M. sądzą, że także 5% rozczyn wyskokowy kwasu garbnikowego może oddawać podobne usługi (prawdopodobnie skuteczniejsze byłoby jednak użycie 70% wyskoku; przyp. sprawozd.). Zamiast niedostępnego już dziś balsamu peruwiańskiego, zalecają M. i M. w praktyce chirurgicznej przetwory ichtyolu (ichtyol, thiol, thigenol) i dziegciowe. Zamiast tlenku cynku (zincum oxydatum albissimum), dotąd sprowadzanego z zagranicy, można używać zwykłego tlenku (zincum oxydatum venale) zewnętrznie, o ile nie zawiera on ponad ½% ołowiu. Braku środków przeciwgnilnych niema; dlatego łatwo obejść się bez kwasu borowego, którego obecnie dostać nie można.

Wreszcie zaleca się przepisywać dla taniości ile możności leki proste, a unikać t. zw. »specyfików«, niestosunkowo drogich, a przytem przeważnie złożonych zupełnie nieracyonalnie. Z.

Prof. Braun: **O stwierdzaniu chorób sercowych** (Wiener klin. Woch. 1915 Nr 46).

Przy stwierdzaniu chorób sercowych dla celów wojskowych (Konstatierung) chodzi nietylko o rozpoznanie cierpienia sercowego, lecz także o ocenę, czy cierpienie to w danych warunkach dotkniętemu niem osobnikowi może przynieść szkodę i czy nie obniża jego zdolności do służby. W tych przypadkach musi się lekarz posługiwać metodami pomocniczemi dla dojścia do słusznych wniosków. Jeżeli n. p. stwierdzimy szmer skurczowy nad aortą, a drugi ton dźwięczny, zapomocą promieni Roentgena rozszerzenie początku aorty, a odczyn Wassermanna jest dodatni, to rozpoznamy kiłowe zmiany w aorcie i musimy spodziewać się przy nieodpowiednim trybie życia rychłego pojawienia się napadów dusznicy bolesnej. Natomiast nieregularna czynność serca może być wywołana przez skurcze dodatkowe (extrasystole), które przy zestawieniu całokształtu objawów mogą się okazać wyrazem czystej nerwicy, względnie neurastenii.

Dr M. Blassberg.

Doc. Blum: **Doświadczenia wojenne w chorobach dróg moczowych, wynikłych z zaziębienia.** (Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr 46).

Autor sądzi, że samo zaziębienie może wywoływać zapalenie nerek u osobników, u których układ naczyniowy jest mało odporny. Świadczą o tem równocześnie istniejące u tych chorych odmrożenia, oraz wywiady, dowodzące przebytego zatrucia ołowiem lub zakażenia kiłą. Również i przy zaburzeniach czynności pęcherza dopatruje się B. wpływu zimna na naczynia i na narząd krążenia. Występują podówczas dolegliwości najrozmaitszego nasilenia, począwszy od wzmożonej potrzeby oddawania moczu aż do stałego moczenia kroplami przy próżnym pęcherzu (enuresis diurna et nocturna), lub ostrego zatrzymania moczu. Mocz bywa przytem zupełnie prawidłowy. U przeważnej części tych chorych bywają równocześnie nadmierne poty nóg.

Dr M. Blassberg.

Prof. Korczyński: **O paratyfusowym nieżycie jelit ze śmiertelnym przebiegiem.** (Wiener klin. Wochenschr. 1915, Nr 46).

Autor opisuje 4 przypadki chorobowe, w których bakteryologicznie stwierdzono paratyfus, a które się zakończyły śmiercią. We wszystkich były objawy nieżytu jelitowego, obok ciężkiego stanu ogólnego, bez znaczniejszego podniesienia ciepłoty, oraz obraz zatrucia jadami i postępującego osłabienia czynności serca. Wszystkie te przypadki dotyczyły też osobników o podupadłem odżywieniu. Przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono ostry obrzęk śluzówki w jelitach cienkich i wybroczyny lub odosobnione niewielkie wrzody, albo też zmiany w jelitach grubych, przypominające nieco czerwonkę, pomimo braku drobnoustrojów czerwonki. Dr M. Blassberg.

II. Chirurgia polowa.

Prof. L. Rydygier: **O leczeniu ran w szpitalach wojennych** (Wiener klin. Woch. 1915, Nr 25).

Praca znakomitego chirurga jest tem cenniejsza, że opiera się ona na doświadczeniu ogromnem, zebranem z 8 oddziałów 4 szpitali w Wiedniu, gdzie R. działał równocześnie, jako doradca-chirurg (Consiliarchirurg), oraz z własnej działalności R. we Lwowie i Bernie. Na wstępie zauważa R., że rany od pocisków z płaszczem całkowitym małego kalibru można, praktycznie biorąc, uważać za jałowe i stosunkowo łagodne, o ile nie są powikłane zranieniem naczyń, nerwów i kości. Jednakże przebieg tych zranień zdaje się być obecnie gorszy, niż z początku wojny, co R. przypisuje temu, że wtedy był ustrój żołnierzy mniej wyczerpany, więc odporniejszy, odzież czyściejsza, transport trwał krócej, a może też i wcześniej na polach walk można było zakładać pierwszy opatrunek, który wogóle rozstrzyga poprostu o losach rannego. Ten pierwszy opatrunek jest na wojnie pod każdym względem najważniejszy; od niego zależą w wysokim stopniu także wyniki późniejszego leczenia w szpitalach w głębi kraju.

Po przybyciu do takiego szpitala powinien być ranny przedewszystkiem ostrzyżony i wykąpany, uwolniony od pasorzytów; wszystkie uszkodzone i wadliwe opatrunki należy natychmiast usunąć; wogóle zaleca się zmiana wszystkich opatrunków miękkich, sztywne zaś zostawia się, prócz tych, które są zupełnie złe. Przy tym pierwszym opatrunku powinni działać koniecznie wszyscy najdoświadczeńsi chirurdzy szpitala, bo wtedy uzyskuje się należyty pogląd na stan chorych i odrazu należyte wskazania lecznicze, oraz podstawę do kontroli i oceny przebiegu. Odrazu też należy oddzielić przypadki »czyste« od septycznych, najcięższe zaś przypadki pomieścić w oddziałach, najbliższych sal operacyjnych; podejrzanych co do chorób zakaźnych trzeba umieścić w osobnych pawilonach. Przy operacyach i opatrunkach musi cały personal przestrzegać jaknajwiększej czystości, aż do przesady, używać zawsze wyjałowionych płaszczy, myć ręce przepisowo w wodzie bieżącej i mydłem płynnem (aby nie używano tegosamego kawałka mydła z rąk do rąk), zawsze i przed każdym zabiegiem, i po nim, a już szczególnie w przypadkach zakażonych. Do mycia używać trzeba waty drzewnej (a nie szczotek), którą się zaraz po użyciu odrzuca. Co do rękawiczek gumowych, to są one, zdaniem R., niezbędne przy wszystkich opatrunkach, a już szczególnie ran zakażonych; natomiast nie jest R. ich zwolennikiem przy operacyach aseptycznych, bo palce bez rękawiczek czują lepiej i chwytają pewniej, przy należytem postępowaniu dają się dostatecznie uwolnić także od bakteryi, wydobywających się z głębszych warstw naskórka; w razie zaś pęknięcia rękawiczki niebezpieczeństwo zakażenia rany palcami, niedość pewnie odkażonymi, jest większe, niż przy operowaniu bez rękawiczek

i bardzo wtedy starannem odkażaniu rąk. Ogromnie należy strzedz się dotykania rękami już odkażonemi (w rękawiczkach, czy bez) przedmiotów nieodkażonych; dlatego nawet najmniejszych opatrunków nie powinien nigdy robić jeden lekarz, sam, bez asysty. Co do postępowania z samemi ranami, to R. pozostał wierny zasadzie odmiennego traktowania ran »czystych«, a odmiennego ran zakażonych. Wobec pierwszych głównem staraniem być powinno, by ich wtórnie nie zakazić; więc nie dotykać, tem mniej sondować, nigdy i pod żadnym warunkiem nie tamponować! Odkaziwszy otoczenie rany jodyną (nie za mocno trąc), należy ranę pokryć opatrunkiem aseptycznym i pozostawić w spokoju, który jest rzeczą najważniejszą. Wobec ran zakażonych najważniejsze jest zapewnienie swobodnego odpływu z rany; a więc szerokie nacięcia, otwarcie wszelkich ropnych zaułków, rozległe i odpowiednie sączkowanie, — natomiast nigdy nie tamponować. Opatrywanie tych ran powinno być w rękach jak najdoświadczeńszych: »Dobry opatrunek rany zakażonej wymaga więcej doświadczenia i wiedzy lekarskiej, niż typowa, nawet wielka operacya«. Niestety często dzieje się przeciwnie: chirurdzy naczelni wolą operować, a takie opatrunki oddają w ręce najmłodszych lekarzy i sióstr oddziałowych. W leczeniu tych ran, wbrew powszechnemu prawie dziś zwyczajowi, nie odrzuca R. środków przeciwgnilnych (woda utleniona, balsam peruwiański, zawiesina jodoformowa, kąpiele sublimatowe). Obumarłe strzępy, o ile nie dadzą się usunąć nożem i nożyczkami, można z korzyścią usuwać sztucznym sokiem żołądkowym (Rp. Pepsin. germ. 30·0, Acid. hydrochl. 0·2%—1000·0, Sol. dimethylamidoazobenzol. alkoh. 1% gtts. V.), byle zawsze świeżo przyrządzonym. Na wypróbowanie zasługuje zasypywanie dużych ran nieczystych sproszkowanym węglem zwierzęcym, po poprzedniem spłukaniu rozczynem fizyologicznym i osuszeniu prądem powietrza.

Przy postrzałach w głowę należy zawsze w szpitalu zmienić opatrunek, otoczenie rany szeroko wygolić, oczyścić benzyną, odkazić jodyną, chroniąc przytem ranę od zanieczyszczenia. Postrzały czaszki w kierunku stycznym jaknajrychlej operować, jeżeli cokolwiek przemawia za złamaniem kości; niezmiernie ważne jest tu badanie promieniami Roentgena. Postrzały czaszki na wskróś leczyć wyczekująco, chyba, że objawy uciskowe wskażą potrzebę operacyi. Postrzały czaszki bez wylotu nie są same przez się wskazaniem do wyjęcia pocisku; dopiero wtedy nastaje potrzeba operacyi, jeżeli objawi się jakieś szkodliwe działanie pocisku (ucisk na ważne ośrodki, zakażenie), a wtedy trzeba naprzód zupełnie ściśle określić siedzibę kuli przez rentgenografię. Krwotoki z tętnicy oponowej środkowej wymagają oczywiście niezwłocznego zabiegu. W razie bezprzytomności przy ranach czaszki zawsze zbadać stan wypełnienia pęcherza. Postrzały rdzenia dają wogóle rokowanie złe; w leczeniu ich zawsze należy oprzeć się na naradzie z neurologiem. Przy objawach ucisku rdzenia trzeba operować, jednakże wybór najwłaściwszego czasu na operacyę bywa tu często bardzo trudny; ogólnie biorąc, powstaje wskazanie do operacyi, jeśli się czynność po 6—8 tygodniach nie poprawia. — W leczeniu postrzałów szczęk można uzyskać bardzo dobre wyniki pod warunkiem, żeby w tym celu istniał osobny oddział szpitala pod kierunkiem doskonałego dentysty, gruntownie wykształconego w chirurgii. Pierwszem zadaniem jest należyte wygojenie złamania kości, potem dopiero wchodzi w rachubę plastyka twarzy.

Postrzały płuc, według zgodnego doświadczenia czasów ostatnich, dają nieoczekiwanie dobre rokowanie bez wszelkiej operacyi, tylko pod wpływem worka z lodem i spokoju. R. ostrzega przed zbyt pochopnem nakłuwaniem opłucnej; może ono zakazić płyn surowiczy lub krwawy, tam się znajdujący, i wywołać ropniak opłucny. Operuje się tylko wobec bardzo dużych wylewów, grożących uduszeniem, wobec zbyt powolnego wessania, wreszcie wobec ropniaka opłucnej. Ropniaki zaleca R. operować przez resekcyę żebra, a nie przez sączkowanie Bülowa.

Co do postrzałów brzucha, to R. oświadcza się stanowczo przeciw rozpowszechnionemu zdaniu, aby na wojnie wcale wtedy nie operować. Przeciwnie taksamo, jak w czasach pokoju, zaleca laparotomię jak najwcześniejszą. Zwolennicy nieoperowania zapominają, że te szczęśliwe przypadki, które wyleczyły się bez operacyi i dostały się do szpitala w głębi kraju, to są wyjątki; 80% rannych w brzuch umiera wkrótce, już zaraz za frontem, wielu prócz tego w czasie przewozu.

W leczeniu postrzałów kości kończyn sprzeciwia się R. zdaniu Eiselsberga, jakoby przy pierwszym opatrunku na placu boju mniej zależało na należytem złożeniu i ustaleniu odłamków, niż na tem, by się odłamki nie wciskały w sąsiednie tkanki i nie tarły o siebie. Przeciwnie, jest rzeczą niezmiernie ważną, aby już na placu boju, a potem i przy dalszych opatrunkach, nadać odłamkom kości właściwe położenie; jestto nader ważne dla uzyskania po wyleczeniu jaknajwiększej sprawności kończyny, co ma pierwszorzędną doniosłość. Dlatego szczególnie lekarze wojskowi powinni już w czasie pokoju być jaknajusilniej kształceni w należytem opatrywaniu takich uszkodzeń. W razie powikłań zapalnych (ropowica) mają opatrunki wyciągowe zawsze pierwszeństwo przed choćby najlepszymi opatrunkami gipsowymi z okienkami. W takich powikłanych przypadkach zasadą naczelną musi być: spokój i zapewnienie ropie swobodnego odpływu z rany. Przy bardzo wielkiem ropieniu należy próbować t. zw. otwartego leczenia ran; bardzo korzystne usługi oddaje stała kąpiel wodna.

W przypadkach odmrożeń powinno się wprawdzie zmierzać do uratowania jaknajwiększej części kończyny, nie należy jednak amputacyi tak do ostateczności odwlekać, jak to zalecał Eiselsberg. Ile możności należy odczekać, aż wystąpi demarkacya; natomiast szkodliwą przesadą jest czekać, aż się zmartwiałe części (człony palców nóg, kości śródstopia) same całkowicie oddzielą, bo wtedy chorzy zbyt długo muszą pozostawać w łóżku, a na kikutach tworzą się blizny duże, zrosłe z kością, wymagające potem osobnych operacyi. Należy więc wyłuszczać stawy, lub amputować, gdy występująca demarkacya wskaże właściwe ku temu miejsce, tak aby kikuty dobrze były powleczone skórą. Plastyczne uzupełnienie braku skóry zaleca R. tylko wtedy, gdy chodzi o główkę I i V kości śródstopia, które mają wielkie znaczenie, jako dwa z trzech głównych punktów oparcia stopy.

Dalej dołącza R. uwagi o leczeniu tężca, przy którym, pomimo nieświetnych wogóle wyników seroterapii, stosowałby zawsze surowicę, jako jedyny środek, dający jaką taką nadzieję. R. jest zwolennikiem także zapobiegawczego stosowania tego środka.

Tętniaki urazowe leczyć należy ile możności z zastosowaniem szwu naczyń, ewentualnie wszczepienia żyły. Tylko u chorych bardzo niedokrwistych i tam, gdzie można być pewnym, że nie nastąpi zgorzel, stosuje się dawne, zwykłe podwiązanie naczyń.

W leczeniu uszkodzeń nerwów obwodowych konieczne jest współdziałanie neurologów. Z.

Schönwerth (Taschenbuch des Feldarztes. München, 1915). Franz (Berl. kl. Woch. 1914). **Pierwsze najważniejsze zasady postępowania wobec ran na polu walki.** Zasady te można zestawić w następujące punkta:

1. Postępować jaknajbardziej zachowawczo. Palcami, ani zgłębnikiem wcale ran nie dotykać. Nie szukać pod żadnym warunkiem pocisku; usuwać tylko zupełnie powierzchownie leżące, odrazu dla oka widoczne zanieczyszczenia, odłamki kości, strzępy odzieży, jałowemi szczypczykami lub wacikiem. Rannego ile możności nie rozbierać, wystarczy zwykle rozciąć tylko lub rozpruć odzież w odpowiedniem miejscu (potem spiąć agrafkami). Ran nie szyć, nie przepłukiwać, nie tamponować! Opatrunek powinien dobrze się trzymać. Każdy ranny potrzebuje środka skrzepiającego.

2. Rany części miękkich opatrzyć na sucho jałową gazą, na to wata, przylepiec lub opaska. Małe rany goją się nieraz rychło; ranni wtedy mogą znów iść do walki; tylko rany na wylot są przeszkodą do rychłego powrotu na front. Postrzały w łydki przeszkadzają rannym biegać.

3. Opatrunku nie zmieniać bez koniecznej potrzeby. Jeżeli przemókł, pokryć nowym.

4. Krwotoków nie tamponować, tylko opatrunek uciskający. Krwotoki z dużych naczyń (aż do pachowych i podkolanowych) wiodą prawie zaraz do śmierci, z mniejszych, jak ramienne, piszczelowe, zwykle nie. (Skrzep, spadek ciśnienia wywołują ustanie krwotoku). Przy krwiakach podskórnych (nawet z t. szyjnej) nie następuje śmierć z utraty krwi. Opaskę elastyczną Esmarcha zakładać na kończynę uniesioną do góry, obnażoną, pierwszy zwój zaciągnąć bardzo silnie; opaski tej niczem nie zasłaniać, aby ją można odrazu dostrzedz, bo najdalej na głównym placu opatrunkowym powinna być zdjęta.

5. Kartki opatrunkowe (Wundtäfelchen) mają zawierać rozpoznanie, zapisek o opasce Esmarcha, jeśli ją założono, wskazówkę, jaka operacya konieczna.

6. W razie bólów nie oszczędzać morfiny, nawet w dawkach maksymalnych.

7. Zakażeniu miejscowemu zapobiega wysokie ułożenie części zranionej. Ciała obce (strzępy odzieży) w ranie wywołują silne ropienie w swojem sąsiedztwie; przy zdjęciu opatrunku spływają często z ropą. Nie szukać ich bezwzględnie i bez rozwagi. Zakażenie ogólne objawia się nietylko gorączką, ale obok

niej zmianami miejscowemi (ból, obrzęk, cuchnąca wydzielina). Ciepłotę koniecznie codziennie mierzyć.

8. Przy postrzałach kości i stawów należy opatrunki ustalające zakładać, nie zaciskając (w przeciwieństwie do opatrunków uciskających n. p. przy krwotokach). Celem dobrej podściółki używać części odzieży. Opatrunek ustalający ma sięgać dostatecznie daleko; palce powinny dla kontroli pozostać niezakryte. Przy złamaniach postrzałowych palców szyna aż do łokcia, — przedramienia — od końców palców do połowy ramienia po stronie grzbietowej, w razie ciężkich zranień także po stronie dłoniowej. Uszkodzenie łokcia i ramienia: opatrunek od końców palców do barku, ewentualnie szyi, szyna po stronie zewnętrznej, ramię przymocować do tułowia. Przy uszkodzeniach kończyny dolnej szyna od przodu; opatrunek uszkodzeń goleni ma sięgać aż do połowy uda, uszkodzeń kolana obejmować także miednicę, uszkodzeń uda cały brzuch aż do łuków żebrowych; ku dołowi sięgają te opatrunki aż do palców. Wobec braku wody umocowywać szyny (zamiast gipsem lub opaską krochmalną) trójkątnemi chustami, podścielając części odzieży. Jako szyn, obok łubek, tektury, używać można bagnetu, karabina (nie zapomnieć wyjąć ładunku) kolbą obróconego ku górze, łat drewnianych. W stacyach opatrunkowych i szpitalach dalej poza linią bojową bywają szyny druciane i t. d.

9. Gdzie można, zaleca się opatrunek mastisolowy. Mastisolem pędzluje się otoczenie rany aż do jej brzegów, po $1/2$—1 minucie, gdy ciecz odparowała, nakrywa się ranę opatrunkiem, który wtedy silnie się przykleja. Mastisol pozwala nieraz obejść się bez szwu. W razie krwotoku przykrywa się opatrunek mastisolowy watą i nakłada opatrunek uciskający. Opatrunek mastisolowy zdejmować ostrożnie w kierunku ku ranie. Resztę mastisolu odmywa się benzyną, eterem, jeśli bardzo silnie przylega — wodą utlenioną 3%.

10. Odkażanie jodyną okazało się na polu walki mniej korzystne, niż w stałych szpitalach. Używać tylko 5% świeżej nalewki jodowej.

11. Wstrząs jest skutkiem podrażnienia nerwowego, dlatego nie stosować eteru, ani kamfory, tylko morfinę podskórnie 0,02 co kwadrans, z początku z 0,0005 atropiny. We wstrząsie nie operować; wyjątek stanowią krwotoki zagrażające życiu.

12. Postrzały czaszki w kierunku stycznej z uszkodzeniem powierzchni mózgu operować możliwie rychło, już na głównym placu opatrunkowym. Powłok nie rozcinać szeroko, brzegi rany rozchylić ostrymi hakami, luźne odłamki kości usunąć szczypczykami, wyrównać brzegi kości nożycami Luera, szew dla zapobieżenia wypadaniu mózgu z zostawieniem małego tylko otworu w skórze, nie tamponować, tylko ranę pokryć gazą. Transport możliwy najwcześniej 6. dnia. Przy innych postrzałach czaszki postępowanie wyczekujące. Przy postrzałach twarzy nie można tamponować nosa dłużej nad dobę. Przy postrzałach żuchwy założyć klin z korka, waty lub drzewa między zęby, opatrunek procowy. Postrzały szyi wymagają czasem tracheotomii. Jeżeli przypuszcza się uszkodzenie przełyku, to przez dni 5 nie podawać nic do jedzenia, ani picia, ułożyć chorego głową nizko. Rokowanie postrzałów płuc wyjaśnia się w ciągu pierwszej doby; stosować morfinę; nie nakłuwać opłucnej, bo to grozi zakażeniem lub krwotokiem następowym; nie nakłuwać nawet w razie gorączki i krwotoku w opłucnej. Postrzały w okolicy serca nie nadają się do transportu, również nigdy nie można transportować rannych z postrzałem w brzuch. Wypadniętych trzew nie odprowadzać; zastosować morfinę. Postrzały rdzenia wymagają jaknajszybszego odtransportowania w głąb kraju, przyczem trzeba zapobiegać odleżynie, cewnik założyć na stałe. Z.

Werner: **O substancyach, wpływających na tkankę łączną.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 133). — Rost: **O substancyach, pobudzających tkankę łączną do rozrostu.** (Münch. med. Woch. 1915, 25). — Kolb: **Doświadczenia zebrane przy leczeniu ran olejem mineralnym, działającym na tkankę łączną** (tamże).

W klinice chirurgicznej w Heidelbergu zauważono, że niektóre oleje mineralne pobudzają tkankę łączną do rozrostu. Przeprowadzono więc systematyczne próby z płynną parafiną (paraffina liquida), benzolem, naftaliną, antracenem, cymolem, rozmaitymi fenolami i krezolami, pirydyną, piperydyną, chinoliną, akrydyną, oraz z kwasami naftenowymi i ich solami. Parafina płynna nie wywierała żadnego działania, fenole działały słabo, zasady i kwasy poczęści zbyt drażniąco, najlepiej jeszcze niektóre terpeny. Jednakże nie można było polegać na przetworach, znajdujących się w zwykłym handlu, ponieważ bywają one zanieczyszczone rozmaitemi domieszkami, działającemi nieraz szkodliwie, a w każdym razie jest działanie różnych fabrykatów niejednomierne i nie daje się z góry przewidzieć. Dlatego zaleca Werner posługiwać się przetworem, wyrabianym przez fabrykę Knolla pod nazwą »oleju na rany« (granulierendes Wundöl). — Olej ten stosował Rost w klinice w Heidelbergu w ciągu lat dwu, a to w sposób podobny, jak balsam peruwiański, wlewając go do ran ziarnkujących przy każdej zmianie opatrunku, a zwracając uwagę na to, aby olej dostał się do wszystkich zaułków i zatok rany. Ziarnkowanie ran, w ten sposób leczonych, przebiegało znacznie szybciej, niż przy stosowaniu innych środków; po wypełnieniu się ziarniną pokrywały się rany również szybciej nabłonkiem. Zaletą oleju Knolla jest przytem, że suche opatrunki nie przylepiają się do rany i że wchłaniają one przytem wydzieliny rany lepiej, niż przy leczeniu maściami. Oprócz ran ziarnkujących okazało się działanie oleju bardzo korzystnem przy leczeniu rozmaitego rodzaju przetok, wygajaniu jam po dużych ropniach i t. p. — Spostrzeżenia Rosta potwierdza także Kolb, który stwierdził korzystne działanie oleju Knolla nietylko na rany »czyste«, ale także na rany silnie ropiejące. Ziarnina, wytwarzająca się pod wpływem tego oleju, była silna i jędrna; blizny po wyleczeniu bardzo mocne. Na pokrywanie się nabłonkiem nie wpływa ten olej ujemnie. Z. Kn.

Epidemiologia.

Cholera w Kałuszu

podał

Dr Wurst.

Dnia 1 lipca b. r. wydarzył się w Kałuszu pierwszy przypadek cholery u 56 l. T. R., zakończony w 24 godzin śmiercią; nazajutrz umarł po kilkogodzinnej chorobie 74 l. Fr. I. — Oba te przypadki wydarzyły się niezbyt daleko od stacyi kolejowej. Były to dwa pierwsze urzędownie stwierdzone przypadki.

Wątpliwości nie ulega, że cholera zawleczona została do Kałusza przez jeńców rosyjskich; w połowie czerwca, po zwycięstwach armii sprzymierzonych w okolicy Kałusza, Bursztyna i t. d., szły do Kałusza ogromne transporty jeńców, dla których urządzono obozowisko na łąkach na zachód od miasta, pomiędzy stacyą kolejową, a wsią Pójło, a były tam liczne tysiące.

W obozowisku tem pojawiła się cholera, a że szpital wojskowy choleryczny urządzony był na przeciwnym końcu miasta, na pagórku poza saliną, transportowano chorych przez całą długość miasta, jakkolwiek nie środkiem miasta, ale wzdłuż toru kolejowego, leżącego na uboczu. Nie da się jednak zaprzeczyć możność, a zostało nawet stwierdzone, że transporty chorych stykały się z ludnością miejscową.

Mimo bardzo energicznych zarządzeń, poczynionych w pierwszych zaraz chwilach, nie udało się choroby w zarodku stłumić, a było to zadanie tem trudniejsze, że ludność niezbyt sumiennie stosowała się do zarządzeń sanitarnych, a dla braku żandarmeryi i policyi nadzór także nie był wystarczający.

I stało się, że cholera przybrała rozmiary wprost groźne i do tego rozszerzyła się stopnia, że n. p. w dniu 25 lipca stwierdzono 36 przypadków zasłabnięcia.

Na konferencyi lekarzy miejscowych z lekarzami wojskowymi z udziałem przedstawicieli władz rządowych i autonomicznych, postanowiono ewakuować powszechny szpital krajowy, położony na wzgórzu nieco poza miastem i obrócić go na szpital dla cholerycznych; duży dom o 8 ubikacyach, położony naprzeciw szpitala, przeznaczono dla ozdrowieńców, wypuszczonych ze szpitala, duży zaś piętrowy budynek szkoły wydziałowej w mieście użyto do internowania ewakuowanych rodzin osób, zapadłych na cholerę.

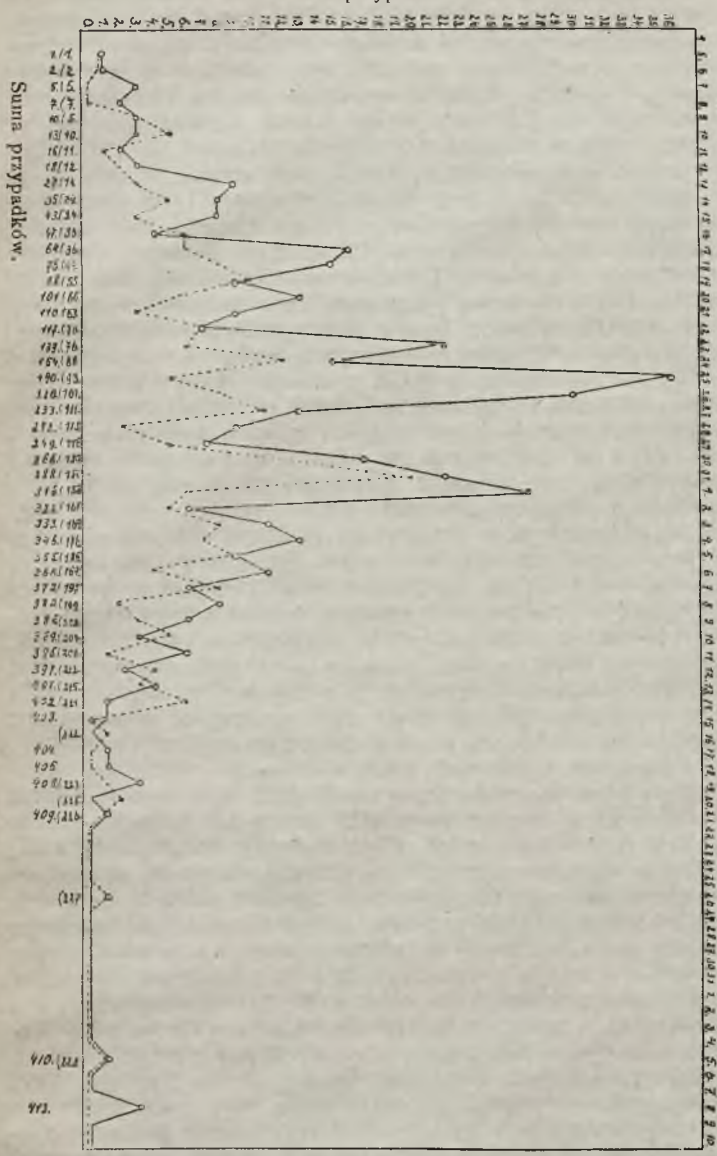
Dodać tu należy, że ozdrowieńców wypuszczano do domów tylko wówczas, jeżeli bakteryologiczne badanie dejektów stwierdziło zupełny brak zarazków.

Nadto urządziła gmina w pobliżu obozowiska jeńców barak dla jeńców, chorych na cholerę, mogący pomieścić 200 osób, tak że odpadła już potrzeba przewożenia chorych jeńców przez miasto. Obok baraku tego urządzono cmentarz.

Miasto podzielono na rejony; każdy z lekarzy obchodził codzień swój rejon i zarządzał wszystko w myśl postanowień konferencyi. Desinfekcyi zakażonych domów dokonywano bezzwłocznie.

Łatwo pojąć, jakiego ogromu ciężkiej pracy wymagano od lekarzy, ale też pracy tej udało się wreszcie opanować epi-

Liczba przypadków.



Objaśnienie: Linia ciągła przedstawia krzywą zachorowań, linia przerywana — śmiertelność. W sumie przypadków oznacza pierwsza cyfra — zachorowania, druga — zejścia śmiertelne.

demię. Na szczególne uznanie zasługują lekarze wojskowi, w owym czasie w Kałuszu stacyonowani, niemniej też zasługują na wdzięczność obie (niemiecka i austryacka) komendy etapowe, z całą gotowością dostarczające gminie środków desinfekcyjnych, których podówczas w Kałuszu wcale nie było.

Bardzo kłopotliwe było żywienie izolowanych w szkole, a bywało tam powyżej 200 do 300 osób dziennie. Ale i ta trudność została szczęśliwie pokonana. Zbudowano dwie kuchnie polowe, dla chrześcian i dla żydów, a sprawa żywienia nic do życzenia nie pozostawiała.

Zachodziła wszakże wielka i poniekąd uzasadniona obawa, że szkoła, jakkolwiek bardzo obszerna, stać się może z powodu wielkiego nagromadzenia osób, pochodzących z domów zakażonych, środowiskiem epidemii. Dobre jednak żywienie, nadzwyczajne przestrzeganie czystości i rewizye lekarskie, trzy razy dziennie odbywane, sprawiły, że wśród izolowanych pojawiło się wszystkiego tylko siedem przypadków zasłabnięcia, które bezzwłocznie do szpitala przeniesiono.

W ten sposób opanowaliśmy cholerę, jakkolwiek ciężka była to walka.

Epidemia trwała od 5 lipca do 8 września; zachorowało 413 osób, zmarło zaś 228, czyli 55·2%, a chorobowość wynosiła 6%.

Jakkolwiek cholera rozszerzyła się na całe miasto, liczące wówczas 7000 ludności, to były jednak tylko dwa główne jej ogniska; jedno, t. z. siwieckie przedmieście, zamieszkałe przeważnie przez chrześcian, a drugie, t. z. Podwale, zamieszkałe przez żydów.

Chorobie ulegała, jak zwykle, mało inteligentna, a uboga ludność.

Dołączona tablica przedstawia przebieg choroby i śmiertelności.

W szerokiej mierze stosowano szczepienie przeciw cholerze; ludność odnosiła się do tego zabiegu bardzo chętnie i z zaufaniem i zaszczepiono kilka tysięcy osób. O ile obserwacya pouczała, to zapadali na cholerę także szczepieni; faktem jednak jest stwierdzonym (jakkolwiek mały materyał, który stał do dyspozycyi, niczego stanowczo nie udowadnia), że przebieg choroby u szczepionych był rzeczywiście łagodniejszy, a stąd i śmiertelność mniejsza.

Kronika.

Najważniejszym punktem w bilansie ubiegłego półtora roku musi być dla lekarzy polskich straszna śmiertelność i chorobowość ludności na całym obszarze Polski. Groza wyludnienia i wszelakich szkodliwych wpływów na zdrowie zaciążyła nad ludnością Polski wielokroć więcej, niż nad ludnością jakiegokolwiek innego kraju. Wyludnienie przez bezpośrednie straty na placu boju zagraża wprawdzie równo wszystkim narodom, uczestniczącym w wojnie. Wskutek jednak tego, że wojna rozgrywa się przeważnie w Polsce, my jedni narażeni jesteśmy na straty nieporównanie większe, na zdziesiątkowanie bezbronnej ludności przez epidemie, głód, nadmierną śmiertelność dzieci, — a jeszcze po wojnie przez przedwczesne wymieranie starszych, steranych losami wojennymi; my jedni stracimy, przeważnie bezpowrotnie, setki tysięcy ludzi przez uchodźtwo z kraju przed nawałą walk, przez barbarzyńskie wypędzanie ludu z odwiecznych siedzib w głąb Rosyi, przez wychodźtwo zarobkowe za chlebem. Wyludnienie więc, które jest niewątpliwie największem niebezpieczeństwem dla każdego narodu, czeka nas wśród narodów Europy prawdopodobnie w stopniu największym.

Oprócz wyludnienia grozi nam więcej, niż innym narodom, pewnego rodzaju fizyczne zwyrodnienie, czy zwątlenie ludności. Jakość potomstwa pogorszy się wprawdzie wszędzie wskutek tego, że na placu boju giną miliony mężczyzn właśnie najzdrowszych i w najpłodniejszym wieku. Ale tylko u nas odbije się prócz tego na jakości potomstwa w najbliższych pokoleniach wpływ przebytych przez masy ludowe chorób zakaźnych, na zawsze podkopujących zdrowie, niedostatecznego żywienia się w czasie wojny całej ludności mniej zamożnej, bezdomności tych, których siedziby zniszczały, poniewierki mnóstwa tułaczy, wyczerpania nadmierną pracą wychodźców zarobkowych, w wielkiej mierze także wpływ rozszerzenia się chorób wenerycznych, alkoholizmu, wreszcie moralny wpływ nieszczęść i wzruszeń wojennych. U nas też tylko pozostawi ślad ujemny — los wielkiej rzeszy dzieci, pozbawionych dziś dachu, odzieży, mleka, opieki, ulegających rozmaitym wpływom wyniszczającym.

Bez przesadnego pesymizmu, trzeba jednak rozmierzyć całą, nadzwyczaj wielką doniosłość tych niebezpieczeństw, a to dlatego, aby dostosować wysiłek do wielkości zadań ratunkowych,— gdzie ratować można —, i pracę ratunkową jaknajlepiej zorganizować. Na straty na polu walk i na ten odsetek śmiertelności, który zależy od rozpętanych przez wojnę sił niejako elementarnych, rady niema. Przeciwdziałanie takim znów przyczynom wyludnienia i zwyrodnienia, jak głód, wychodźtwo, w wielkiej części nie leży dziś w mocy naszego społeczeństwa. W granicach zaś możności broni się społeczeństwo z wytężeniem; działalność mnogich stowarzyszeń i powstałych osobnych komitetów z komitetem szwajcarskim, krakowskim biskupim i komitetami obywatelskimi na czele jest w zakresie doraźnego, najpilniejszego ratunku godną podziwu i największego uznania i współdziałania. Ale jeszcze jest dużo do zrobienia; więcej jeszcze w stępieniu innych wpływów, szkodliwych na dalszą metę. Na niczyją pomoc liczyć nie możemy; ratować się trzeba samym.

Znaczna część tej pracy przypada lekarzom we właściwym zakresie ich zawodu (zwalczanie ostrych chorób zakaźnych, chorób wenerycznych, asanacya i t. d.). Gdzie praca ratunkowa nie wchodzi już we właściwy zakres zawodu lekarskiego, jest obowiązkiem lekarzy, nie obcych higienie społecznej, nietylko współdziałać na tem polu, ale przodować, wskazywać cele społeczno-higieniczne, które przy odbudowie społecznej mogą i powinny być osiągnięte, pozostawiając zresztą wybór dróg czynnikom kompetentniejszym, więc takim organom społeczeństwa, jak administracya, ustawodawstwo, zrzeszenia społeczne. Ten udział naszych lekarzy jest właśnie dlatego konieczny, że w naszem

społeczeństwie brak jeszcze wielki zrozumienia dla higieny społecznej. W Niemczech od lat kilkunastu wre praca na tem polu z udziałem nietylko powag lekarskich, najtęższych higienistów, najznakomitszych ekonomistów, ale i władz i społeczeństwa, skupiona w osobnych stowarzyszeniach i oparta o szereg specyalnych czasopism. Obecna wojna wzmogła tam ten ruch ogromnie, wysunęła na naczelne miejsce zajęcie się przyszłym ruchem ludności, poprawą jej przyrostu i jakości. Przedstawiciele rządu i ciał ustawodawczych uczestniczą gorliwie w pracach, których wyniki będą zużytkowane i powiązane z całą polityką ekonomiczną powojenną, tworzącą fundament dla budowy społeczno-higienicznej, a przez nią dla liczebności, zdrowia i siły narodu. W porównaniu do Niemiec, o ileż większe i trudniejsze zadania stwarza położenie ogłodzonej, spustoszonej, wyniszczonej i wyludnionej Polski! Tymczasem u nas nawet dziś jeszcze, poza niektórymi z garstki ekonomistów, sprawa ta, sprawa podstaw bytu narodu, spoczywa; jedna czy dwie broszury, kilka artykułów dziennikarskich, poruszające zresztą ledwo cząstkę wielostronnego zagadnienia, a przebrzmiewające już bez echa, to dotąd cała podstawa teoretyczna, a o podjęciu na tej choćby podstawie planowej higienicznospołecznej pracy praktycznej — głucho. Zwrot w tym względzie powinien wywołać ten sam czynnik, który torował i toruje sprawie drogę w Niemczech: lekarze, obeznani z higieną społeczną, — w kardynalnych, zasadniczych liniach, a cały ogół lekarski — w wykonywaniu szczegółowych zadań praktycznych.

Jaki będzie rozmiar naszych strat w liczbie i zdrowiu ludności, dziś niepodobna ocenić jeszcze, nawet w tym zakresie, w którym odbywa się dziś najpilniejszy ratunek lekarski, to jest w zakresie epidemii wojennych. Najmniej szkód przyczyniły one Wielkopolsce. W Królestwie i przed wojną nie było mowy o statystyce; cóż dopiero w czasie wojny. W Galicyi badania mogły zacząć się dopiero w maju b. r. i postępować stopniowo w miarę przesuwania się linii bojowej na wschód. Według ogłoszonych już dat urzędowych, grasowała w Galicyi najsilniej cholera; przez 3 miesiące (od końca maja do końca sierpnia) zachorowań było przeszło 21.000 ze śmiertelnością przeszło 57%, objętych zaś epidemią było 51 powiatów. W miarę porządkowania się stosunków statystyka staje się pewniejszą, walka z cholerą skuteczniejszą, liczba zachorowań spada, zajętych cholerą powiatów z początkiem września jest już tylko 34, pod koniec października już tylko 7 (Jaworów, Rawa, Rohatyn, powiat Lwów, Stanisławów, Żółkiew, Żydaczów). W pierwszym i drugim tygodniu października liczba nowych przypadków nie przekracza już 180, w trzecim — 100, w czwartym — 50. Śmiertelność jednak pozostaje wysoką (za wrzesień obliczyliśmy ją około 58%). — Na drugiem miejscu po cholerze szła ospa; natężenie epidemii utrzymuje się jeszcze. W ciągu 8 tygodni września i października zrachowaliśmy do 3.800 przypadków zachorowań, w ciągu 4 następnych tygodni — przeszło 2.000; szczególnie uporczywie utrzymuje się epidemia w samym Lwowie. — Czerwonka, po wielkiem zeszłorocznem jesiennem nasileniu z początkiem wojny, zajmowała później trzecie miejsce wśród epidemii, z liczbą zachorowań mniej więcej o połowę mniejszą od cholery, a śmiertelnością stosunkowo małą. — Po niej dopiero szedł dur brzuszny, a po nim — dur osutkowy, który również małą stosunkowo miał śmiertelność, ale pod zimę zaczyna się, jak się zdaje, wzmagać, wskutek złych warunków życia bezdomnej ludności.

Warunki zwalczania epidemii były niezwykle trudne; skutki wojny, a więc zrujnowane budynki, zanieczyszczenie całych okolic i ich wód, niedostatek żywności, trudności dowozu przy zniszczonych drogach i braku podwód, zniszczenie aptek, szczupłe siły lekarskie, były przeszkodą tak w Galicyi, jak i w Królestwie. W Galicyi działała istniejąca, doświadczona organizacya sanitarna urzędowa (wśród najcięższych warunków fizycznych) z pomocą władz etapów wojskowych; w Królestwie pod zarządem austryackim do każdego z 24 utworzonych obwodów administracyjnych wyznaczono lekarza, z nich kilkunastu z pośród lekarzy rządowych galicyjskich; i tu i tam pracowały kolumny sanitarne Krakowskiego Komitetu biskupiego, zorganizowane i zarządzane przez prof. dr. Emila Godlewskiego. (O organizacyi akcyi przeciwepidemicznej w Królestwie pod zarządem niemieckim nie mamy dokładnych wiadomości). Pomimo wszelkich trudności powiodło się zorganizować w Galicyi odosabnianie chorych i odkażanie na wielką skalę, chorym i odosobnionym dostarczać żywności, przeprowadzić szczepienia przeciwcholeryczne, wykonać najelementarniejszą asanacyę, zaopatrzyć kilkadziesiąt spustoszonych aptek, przerzedzonym wskutek powołania do wojska szeregom lekarzy rządowych pozyskać do pomocy lekarzy epidemicznych i słuchaczy medycyny, razem przeszło 100 sił pomocniczych. Wydatki z funduszów rządowych wynosiły w ciągu pierwszych miesięcy, od maja do września, podobno pół miliona koron, czterykroć więcej, niż w czasach zwykłych, nie dość jednak jeszcze w stosunku do potrzeb. Komitet biskupi krakowski stworzył 3 ruchome kolumny sanitarne (pierwsi kierownicy: Dr Aleksandrowicz, Dr Mażylis, Dr Bujak), urządzające szpitale i ambulatorya w najciężej dotkniętych okolicach Galicyi i Królestwa i zaraz z początku wysłał 5 wędrownych ekspedycyi ze szczepionkami. (Ks. biskup Sapieha przeznaczył na stworzenie kolumn przyznaną sobie przez Akademię Umiejętności nagrodę z fundacyi Jerzmanowskiego). Obok tego Komitetu działało w zwalczaniu epidemii Towarzystwo Czerwonego Krzyża ze Lwowa. Połączona praca przygasiła część epidemii nadspodziewanie szybko, głównie dzięki pełnej poświęcenia działalności lekarzy; im też wyraziła c. k. Krajowa Rada zdrowia najwyższe uznanie na posiedzeniu w d. 11 września 1915 we Lwowie, jedynem, jakie od początku wojny dotąd odbyć się mogło, a zapełnionem wyłącznie sprawozdaniem c. k. krajowego referenta sanitarnego, dr. Lachowicza, ze stanu i ze zwalczania epidemii i rozprawami nad dalszą w tym względzie akcyą. — W Królestwie pod zarządem austryackim do pomocy lekarzom rządowym obwodowym powołano siły miejscowe, jako lekarzy okręgowych i gminnych, urządzono gromadne szczepienia, asanacyę studzien, kursy dla desynfektorów. Wysiłek lekarzy, zwłaszcza w okolicach, gdzie toczyły się walki, scharakteryzowały nieprzesadnie słowa jednego z kolegów, przytoczone w dziennikach: »Lekarzowi ręce opadają. Rozsadnikiem jest nędza. Studnie wszystkie zakażone. Pobrzeże rzek jedną wielką stajnią, każda piędź ziemi przesiąkła gnojem, woda przepojona bakteryami«. Toteż i naszych lekarzy wielu padło ofiarą epidemii.

Na równi z lekarzami rządowymi i epidemicznymi zasłużyli się z pewnością lekarze, pozostali przez cały czas na swych stanowiskach w kraju, a przeciążeni pracą od początku wojny wskutek powołania bardzo wielu kolegów do służby w armii i wskutek tego, że część lekarzy, chroniąc się przed nawałą wojenną, kraj opuściła. (Ci wypełniali czasowo szczerby w personalu lekarskim w głębi państwa: większość powróciła, zaraz po odsunięciu się linii walk, do pracy w kraju nieraz wśród braku pierwszych potrzeb życiowych; niewielką ociągającą się resztę poleciło Ministeryum spraw wewnętrznych rozporządzeniem z 3 sierpnia 1915 usunąć ze stanowisk, zajmowanych w głębi Austryi, o ile nie są tam niezbędnie potrzebni, a lekarzy, mających w Galicyi stanowiska publiczne, bezwzględnie). Przejścia wielu lekarzy, którzy wytrwali na posterunku, wymagały nieraz poprostu bohaterstwa. Wiemy o wiekowych, schorowanych kolegach, którzy spieszyli do chorych przez przestrzenie, zasypywane pociskami; inni — nie przerywali operacyi, choć szrapnele pękały tuż obok okna sali operacyjnej i nieciły pożary w szpitalu (Stanisławów[1]). Godzi się pamięć o takich i podobnych faktach przechować; niechby koledzy, którzy byli ich uczestnikami, lub mają o nich wiadomości, spisali je i przynajmniej złożyli je w Muzeum historyi medycyny polskiej przy Wydziale lekarskim krakowskim, gdyby ich teraz nie chcieli opublikować. Z tych zapisków złoży się zarazem ciekawy materyał do dziejów naszych szpitali w Galicyi i Królestwie; koleje tych szpitali były często osobliwe.

O pracy i trudach lekarzy-Polaków z Galicyi, wcielonych do armii, nie czas jeszcze pisać, zanim te trudy nie ukończone, zwłaszcza też wobec braku wiadomości o kolegach-Polakach, pełniących swe ciężkie obowiązki w innych armiach. Powołani do wojska koledzy z Galicyi otrzymali wiele odznaczeń za ofiarną i mężną działalność humanitarną. Oprócz zobowiązanych do służby w armii ofiarowało się wielu dobrowolnie na usługi cierpiących i rannych, bądź w szpitalach wojskowych lub Czerwonego Krzyża, bądź w domach dla ozdrowieńców.

Warunki bytu lekarzy pogorszyła wojna w całej Polsce niezmiernie, z wyjątkiem niewielkiego stosunkowo odłamu z pośród najmłodszych, dla których wcielenie do armii było poprawą stosunków materyalnych. Wszystkim innym daje się już teraz we znaki wyludnienie i ogólne zubożenie, trudności komunikacyi i tym podobne przyczyny upadku klienteli; bardzo wielu przy przejściu nawały wojennej przez Galicyę i Królestwo poniosło szkody, a nieraz nie miało wraz ze współobywatelami swej siedziby gdzie mieszkać i co jeść; losów takich nie zaznali lekarze w innych krajach, leżących zdala od pola walk. Płaca wcielonych do armii austryackiej lub powołanych do szpitali wojskowych lekarzy starszych wiekiem nie dorównuje też ich zwykłym dochodom z praktyki, pomimo dodatków, uzyskanych za staraniem Wydziału wykonawczego Izb lekarskich austryackich. Ale

[1]) Nowa Reforma Nr 482 z r. 1915.

straty materyalne ponieśli lekarze Polacy wraz z całem społeczeństwem, a los ich pod tym względem wcale nie jest gorszy od losu innych tak zwanych wolnych zawodów intelektualnych. W niezmiernie trudnem natomiast położeniu znalazły się w Galicyi wdowy i sieroty po lekarzach, wspomagane w zwykłych czasach przez instytucye filantropijno-lekarskie, a odcięte przez szereg miesięcy linią walk od tego źródła wsparć, jakiem były Izby lekarskie, Towarzystwo lekarzy galicyjskich i Związek lekarzy Galicyi.

Izby lekarskie galicyjskie wskutek wcielenia do armii wielu lekarzy i wogóle wskutek wojny straciły znaczną część pola działalności w sprawach zawodowo-lekarskich, nie przestawały natomiast działać w zakresie filantropijnym. Wydział Izby wschodnio-galicyjskiej, w czasie zajęcia Lwowa przez Rosyan będąc prawie w komplecie, udzielał wsparć wdowom w swoim okręgu, o ile pozwalały stosunki komunikacyjne; Wydział Izby zachodnio-galicyjskiej od podsunięcia się Rosyan pod Kraków w listopadzie z. r. urzędował w Wiedniu, odbywając tam co miesiąc posiedzenia od stycznia do maja i zaopatrując wdowy, sieroty, jak również rodziny lekarzy, odciętych od nich przez wypadki wojenne, zastępując także Izbę lwowską względem osób, które uszły ze wschodniej Galicyi na Śląsk, Morawy, do Czech i Austryi. Po wyparciu Rosyan z Galicyi powróciły obie Izby do normalnej działalności. W lecie r. b. zwróciły się obie z przedstawieniami do Namiestnictwa galicyjskiego w sprawach sanitarnych. — W znacznie trudniejszem położeniu znalazło się Towarzystwo lekarzy galicyjskich; na pole walk poszło kilku członków Rady zawiadowczej (sekretarz generalny, dr. Zabłocki, dostał się potem w Przemyślu do niewoli rosyjskiej), prezesa, prof. Macheka, przebywającego na kuracyi, odcięły wypadki wojenne od kraju, a potem od Lwowa, siedziby Rady. Energia prezesa pokonała jednak trudności i wszystkie stałe wsparcia zostały wypłacone we właściwym czasie tym wdowom i sierotom, które przebywały na zachód od linii bojowej (a wiele uszło tu było przed nawałą wojenną), innym zaś częścią przez pozostałego we Lwowie skarbnika Towarzystwa, częścią dopiero po wyparciu Rosyan z Galicyi. W czynnościach swoich porozumiewał się prezes, o ile stosunki pozwalały, listownie z członkami Rady zawiadowczej. — Najbardziej zdekompletowała wojna zarząd Krajowego Związku lekarzy Galicyi; mimo to działalność filantropijna nie przerwała się, a prowadził ją prezes Związku dr. Damski.

Zupełnie nowy zakres działania i konieczność nowego w tym celu zrzeszenia lekarskiego powstały przez utworzenie się Legionów polskich, dla których trzeba było zorganizować cały dział sanitarny. Istniejące już dawniej stowarzyszenie »Samarytanin polski« oddało się w tym względzie z inicyatywy swego prezesa, ś. p. prof. Wicherkiewicza, 20. sierpnia 1914 na usługi Naczelnego Komitetu Narodowego, do którego prof. Wicherkiewicz został powołany. Niezależnie od tego wybrany został z ramienia Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Krajowego Związku lekarzy »Komitet lekarski«, organizujący stronę sanitarną pierwszych oddziałów, które wyruszyły na plac boju. Komitet złączył się z Sekcyą lekarską, utworzoną przez »Samarytanina«, i w ten sposób powstał Oddział sanitarny Departamentu wojskowego Naczelnego Komitetu Narodowego w następującym składzie: szef prof. Wicherkiewicz, jego zastępca dr. Janiszewski (naczelny lekarz miasta Krakowa), członkowie dr. Damski (prezes Kraj. Związku lekarzy), dr. Jankowski, prof. Rutkowski, dr. Ludwik Schneider, dr. Schoengut (prezydent Izby lek.), dr. H. Sikorska, dr. Staszewski. Wytężona praca tego Oddziału zaopatrzyła Legiony w odpowiedni personal lekarski i sanitarny, w materyał sanitarny, pokonała trudności badania lekarskiego zgłaszających się do Legionu ochotników, zorganizowała pierwsze szpitale dla legionistów. W dalszym ciągu zorganizował Oddział opiekę nad rannymi i chorymi legionistami w innych krajach Austryi, uzyskawszy między innymi skupienie ich w Wiedniu w jednym szpitalu. W czasie ewakuacyi Krakowa, gdy front bojowy znajdował się blizko tej twierdzy, urzędował Oddział sanitarny wraz z innymi Oddziałami Naczelnego Komitetu w Wiedniu.

Organizacyi i dziejów służby lekarskiej i sanitarnej w Legionach w czasie walk niepodobna tu dziś przedstawić; mogą być one dokładnie zebrane dopiero w przyszłości. Ogólny zarys dotychczasowej działalności Oddziału sanitarnego N. K. N. oraz wykaz tworzonych czasowo w różnych miejscowościach szpitali legionowych, domów dla ozdrowieńców i t. d. (z małym wyjątkiem dziś zwiniętych) został już ogłoszony drukiem na zasadzie źródłowego materyału [2]).

Trudno było w czasie wojny utrzymać tok swych czynności polskim Towarzystwom lekarskim naukowym, wobec oddalenia się przeważnej liczby członków na plac boju, a pochłonięcia większości tych nawet, którzy mogli pozostać na miejscu, przez wielką pracę w szpitalach. Z galicyjskich Towarzystw naukowych było lwowskie wskutek zajęcia Lwowa przez Rosyan przez rok nieczynne; warunki jego są i dziś bardzo trudne, jednakże już w listopadzie r. b. odbyło się pierwsze po przerwie posiedzenie. Krakowskie Towarzystwo, zawiesiwszy na razie swe czynności w sierpniu 1914 (w porze zwykłych zresztą feryi), zebrało się pod koniec roku, aby przedłużyć mandaty członków zarządu prowizorycznie na rok następny, odbyło zaś posiedzenia naukowe w lutym i marcu 1915; od listopada 1915 wróciła czynność Towarzystwa na zwykłe tory [3]). W prowincyonalnych oddziałach Towarzystwa lekarzy galicyjskich musiała siłą rzeczy ustać wszelka praca. W Królestwie odbywało posiedzenia Towarzystwo lekarzy Zagłębia dąbrowskiego, które wcześnie znalazło się poza linią walk; o losach innych Towarzystw prowincyonalnych w Królestwie, ani o losach Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, nie zdołaliśmy się dotąd dowiedzieć. Warszawskie Towarzystwo higieniczne było czynne; zdołało też ukończyć budowę swego domu, który uroczyście otwarto w połowie grudnia r. b. Znaczną część tej działalności naukowo-lekarskiej, którąby była w czasach pokojowych znalazła wyraz w Towarzystwach lekarskich w Galicyi, pochłonęły zebrania naukowe lekarzy wojskowych, odbywane w różnych miejscowościach [4]). Pod tym względem działo się zresztą podobnie i w Towarzystwach lekarskich zagranicznych, które jednakże, znajdując się poza terenem walk, nie były, jak nasze, zmuszone czynności swych całkowicie przerywać.

I na drugiem polu, na którem praca naukowa znajduje swój zewnętrzny wyraz, to jest w zakresie czasopiśmiennictwa lekarskiego, wywołała wojna przymusowy zastój. Gdy największe nawet czasopisma zagraniczne musiały znacznie zmniejszyć swe ramy, a niejedno zupełnie zwinąć wydawnictwo (m. i. najstarsze pismo w Austryi »Wiener allg. mediz. Zeitung« i niewiele młodsze »Prager med. Wochenschrift«), nic dziwnego, że z polskich czasopism lekarskich w Galicyi i Wielkopolsce nie mogło wychodzić ani jedno i dopiero przed 3 miesiącami zdołaliśmy wznowić »Przegląd«, zarazem w czasowem zastępstwie lwowskiego »Tygodnika«, a może, jak słychać, zaczną ponownie wychodzić poznańskie »Nowiny«. O losach czasopism lekarskich warszawskich nie zdołaliśmy się dotąd nic pewnego dowiedzieć.

Zastój w czynnościach Towarzystw lekarskich i w wydawnictwach nie oznaczał jednak bynajmniej, by praca naukowo-lekarska w Polsce ustała. Przeciwnie; główne jej warsztaty w najtrudniejszych nawet chwilach nie spoczywały. Dość liczne publikacye polskich lekarzy wyszły wobec zawieszenia czasopism polskich — w języku niemieckim. W rękopisie przygotowanych jest znaczna ich liczba, zarówno z oddziałów szpitalnych, jak przedewszystkiem z zakładów uniwersyteckich [5]). Opracowywanie ich bowiem nie przerywało się nawet w czasie przymusowej przerwy w działalności dydaktycznej obu naszych uniwersytetów, a obciążenia znacznej większości personalu Wydziałów lekarskich pracą w szpitalach wojennych.

We Lwowie trwała przerwa w nauczaniu uniwersyteckiem przez cały rok szkolny [6]). Rosyanie po zajęciu miasta wydali

---

[2]) Legionista polski, kalendarz Naczelnego Komitetu Narodowego na r. 1916. (Kraków 1915), na str. 126 i XLII. Brak w tem sprawozdaniu wykazu kolegów, którzy jako ochotnicy-lekarze dzielili trudy wojenne Legionów na polach walk, (spis lekarzy, czynnych w szpitalach, podano); może będziemy mogli później wykaz ten podać, by w ten sposob dorzucić dalszy szczegół do dziejów tej sprawy.

[3]) Posiedzenia naukowe odbyły się 10, 17 i 24 listopada. W d. 15. XII 1915 obok posiedzenia naukowego odbyło się także posiedzenie wyborcze, na którem wybrano nowy następujący Zarząd: Prezes: Prof. Piltz, wiceprezes: Prof. Ciechanowski, sekretarz doroczny: Dr Borowiecki (wszyscy trzej na jeden rok); sekretarz stały: Prof. Nitsch, bibliotekarz: Dr Blassberg (obaj na 2 lata — dla dopełnienia kadencyi); redaktor »Przeglądu lek.«: Prof. Ciechanowski, podskarbi Komisyi redakcyjnej: Dr Wojciechowski (obaj na całą trzechletnią kadencyę).

[4]) W Krakowie zorganizował je prezes Towarzystwa lekarskiego, prof. Kader, jako szef c. i k. szpitala klinicznego twierdzy.

[5]) Prace, wykonane lub wykończone w czasie wojny w zakładach krakowskiego Wydziału lekarskiego, wymienione są w fejletonach St. Ciechanowskiego o polskich Wydziałach lekarskich w »Wiener medizinische Wochenschrift« 1915. Nr 1, 11, 12. Spis ten obejmuje jednak tylko prace, przygotowane przed końcem stycznia 1914; od tego czasu liczba ich znacznie wzrosła. O pracach, wykonanych w lwowskich zakładach uniwersyteckich, obacz dalej w tekście.

[6]) Część pozostałej we Lwowie młodzieży uniwersyteckiej z Wydziału lek. skupił na swoim oddziale prof. Wiczkowski, gdzie kształciła się klinicznie, a równocześnie korzystała w zakresie anatomiczno-patologicznym

w tym względzie zakaz; zresztą i grono nauczycielskie było przerzedzone; niektórych zaskoczyła wojna w czasie feryi zagranicą, inni zdążyli wyjechać ze Lwowa tuż przed zajęciem. Z Wydziału lekarskiego pozostali we Lwowie profesorowie i docenci: Beck, Markowski, Bądzyński, Prus, Kucera, Schramm, Herman, Barącz, Ziembicki (zmarł w maju 1915), Czarnecki, Łukasiewicz, Jurasz, Raczyński, Sieradzki, Wiczkowski, Orzechowski, prowadząc oprócz swoich zakładów także zastępczo zakłady nieobecnych. Zakłady kliniczne i oddziały szpitalne, jeszcze przed zajęciem Lwowa przez Rosyan obrócone na szpitale wojenne, pełniły tę rolę i później bez zmiany kierownictwa. Pracownie zakładów teoretycznych uniknęły w czasie zajęcia Lwowa przez Rosyan kwaterunków i t. p. (które zresztą kilkakrotnie im zagrażały), nie poniosły też żadnych szkód w urządzeniach. Uchronili je od tego przedewszystkiem profesorowie Beck (któremu władze rosyjskie nałożyły, jako byłemu rektorowi, odpowiedzialność za całą wszechnicę, a który potem przypłacił to jeszcze uwiezieniem przez Rosyan, jako zakładnik), Sieradzki i Kucera. Przedmioty, wypożyczone z zakładów, oddane zostały w porządku. W zakładzie anatomii opisowej urządzili lekarze wojsk rosyjskich jeden kurs samarytański; pracę zakładu bakteryologiczno-higienicznego i sądowo-lekarskiego wyzyskiwały władze rosyjskie dla swoich celów, bez wynagradzania personalu; za pracę lekarzy w szpitalach wypłacały honorarya (prócz szpitala krajowego, który obsługiwał tylko ludność cywilną, a zredukowane znacznie płace personalu pokrywał z własnych zasobów i z zaliczek Banku krajowego). Praca zakładu bakteryologicznego miała wielki wpływ na zwalczanie epidemii wśród ludności cywilnej; toteż władze rosyjskie liczyły się bardzo ze zdaniem dyrektora tego zakładu i zasięgały jego opinii; później potworzyli Rosyanie przy szpitalach własne pracownie bakteryologiczne, zakład ten więc miał już mniej pracy. W stosunkach z władzami rosyjskiemi używano języka polskiego. Zakłady uniwersyteckie lwowskie zwiedzało bardzo wielu lekarzy rosyjskich, wyrażając się z wielkiem uznaniem o ich urządzeniu: m. i. zwiedzali je też Polacy: dyrektor Instytutu medycyny doświadczalnej z Petersburga dr. Dzierżgowski i szef departamentu weterynaryjnego Dżunkowski. — Pracę naukową utrudniały w zakładach uniwersyteckich straszne wrażenia i przejścia wojenne, przeciążenie zajęciami praktycznemi, a w zimie — brak opału (zapasy uniwersyteckie zarekwirowano i dopiero na interwencyę Petrogradzkiej Akademii Umiejętności z inicyatywy jednego z wybitnych przyrodników rosyjskich, zwiedzających Lwów — trochę zwrócono). Mimo to m. i. opracowali: Prof. Beck dalsze badania z zakresu fizyologii układu nerwowego, prof. Markowski rozwój sierpa mózgowego i namiotu móżdżku, przyczynki do rozwoju tętnic mózgowych, do morfologii zatoki poprzecznej, do rozwoju czaszki pierwotnej człowieka, metodę nastrzykiwania naczyń, doc. Orzechowski patogenezę chorób myotonicznych, prof. Raczyński trawienie tłuszczów u oseska z wrodzonem zarośnięciem przewodu żółciowego, prof. Kucera szereg broszur popularno-higienicznych (wydanych drukiem przez Komitet ratunkowy lwowski) i szereg tematów bakteryologicznych, prof. Bądzyński polski podręcznik chemii lekarskiej, prof. Sieradzki bogatą kazuistykę sądowo-lekarską. (Wszystko to na razie musiało pozostać w rękopisie). Ten spis nie jest zupełny [7]) i sięga tylko do października b. r., to jest do chwili, kiedy Wydział lekarski lwowski rozpoczął na nowo pełną swą działalność. Na zimowe półrocze 1915/16 wpisało się we Lwowie na medycynę (do 20. XI.) 134 słuchaczy.

Uniwersytet krakowski przerwać musiał swą działalność dydaktyczną przez jedno półrocze. Pomimo wszelkich trudności, wywołanych przez wojnę, a szczególnie wielkich z tego powodu, że Kraków jest twierdzą, pomimo objęcia służbą wojskową wielu członków Wydziału lekarskiego (18 na 40), zajęcia wszystkich klinik i większości zakładów na szpitale wojenne, powiodło się przez usilne starania już wszystko przygotować do regularnego nauczania, gdy przysunięcie się walk pod sam Kraków, częściowe opróżnienie i w końcu zamknięcie tej twierdzy w listopadzie r. 1914 przekreśliło wszelkie rachuby. Prawie cała reszta młodzieży, niepowołanej do wojska, musiała Kraków opuścić; nie było więc dla kogo wykładać, choć niemal wszyscy wykładający pozostali na posterunku, bo nawet pełniącym służbę wojenną przeważnie przydzielono pracę lekarską w twierdzy, (pracę, jak się jednak okazało bardzo znaczną od chwili, gdy w Krakowie posłyszano grzmot dział, nieustający potem przez szereg tygodni). Dotkliwy był brak sił pomocniczych, asystentów i demonstratorów, bądź w armii austryackiej (38), bądź dobrowolnie w Legionach (11) przebywających poza Krakowem, na samych frontach bojowych; po odliczeniu chorych i internowanych zagranicą rozporządzał wtedy Wydział lekarski tylko 9 z 62 sił pomocniczych. Mimo tych wszystkich przeszkód odbywały się egzamina lekarskie i nie przerywała się praca w zakładach i klinikach; gdzie brakło pomocy, pełnili całą pracę sami kierownicy. Toteż dorobek naukowy tego okresu, jak wyżej wspomniano, jest wcale pokaźny. Usilnym zabiegom Uniwersytetu powiodło się przytem wyjednać utworzenie ze wszystkich klinik jednego »Klinicznego szpitala twierdzy« i oddanie kierownictwa oddziałów tego szpitala w ręce ich kierowników uniwersyteckich. Szefem tego szpitala został mianowany prof. Kader. Zakłady medycyny teoretycznej, o ile nie były zajęte na cele wojskowe, oddały w tymże czasie wielką usługę szkolnictwu średniemu, ofiarowane mu do użytku przez Wszechnicę na miejsce gmachów tych szkół, obróconych na szpitale. W tymto czasie dwóch profesorów Wydziału powołały władze do zarządu miastem w czasie zawieszenia czynności Rady miejskiej; prof. Nowak czas pewien w najcięższych chwilach piastował władzę wyłącznie, jako Komisarz cywilny (to jest istotny naczelnik miasta), a sprawował ją nader dzielnie i pomyślnie z ogólnem uznaniem i zadowoleniem ludności; przez szereg zaś miesięcy z trzech wiceprezydentur miasta dwie sprawowali prof. Nowak i prof. Kostanecki.

Szczególne warunki życia w twierdzy, częściowo opróżnionej i zamkniętej, znikały stopniowo w miarę odsuwania się frontu bojowego na wschód, ustępując miejsca normalniejszym stosunkom. Uniwersytet nie szczędził starań bardzo usilnych, aby jaknajrychlej spełniać znowu wszystkie swoje zadania, i po pokonaniu wielkich trudności, uzyskawszy pozwolenie władz, zdołał z niewielkiem tylko opóźnieniem otworzyć półrocze letnie 1914/5.

z sekcyi i krótkich przy tem wykładów prof. Sieradzkiego. Egzaminów lekarskich Rosyanie zakazali; pod koniec dopiero zezwolono na egzamina »końcowe«; odbyło się tylko kilka z zastrzeżeniem zatwierdzenia przez władze austryackie, co też się stało.

[7]) Tymczasem dodać do niego należy świeżo wydany dwutomowy podręcznik fizyologii, opracowany pod redakcyą prof. Cybulskiego z Krakowa i prof. Becka ze Lwowa zbiorowemi siłami; ze Lwowa uczestniczyli w tej pracy Beck, Bądzyński, Panek, Piasecki, Rothfeld, Sieradzki, Zbyszewski.

W półroczu tem odbywały się na Wydziale lekarskim wykłady i zajęcia we wszystkich gałęziach, z pewnem jednak dostosowaniem do niekorzystnych jeszcze i wówczas warunków. Poprawiły się one jednak pod jesień o tyle, że zimowe półrocze r. 1915/6 mogło się rozpocząć w zwykłym czasie i z normalnym programem. Na to półrocze zapisało się do 15. X. na Wydział lekarski 203 słuchaczy.

Do grona wykładających przybyły przez ten czas w krakowskim Wydziale lekarskim dwie nowe siły. Z zakresu higieny publicznej i społecznej habilitował się dr. Tomasz Janiszewski, naczelny lekarz miasta Krakowa; z zakresu położnictwa i ginekologii dr. January Zubrzycki, asystent kliniki prof. Rosnera. Docent medycyny wewnętrznej, dr. Latkowski, mianowany został profesorem nadzwyczajnym; tytularni profesorowie dr. Nowotny i dr. R. Nitsch profesorami nadzw. rzeczywistymi.

Po 44-letniej gorliwej pracy dydaktycznej ustąpił z Wydziału, osiągnąwszy ustawową granicę wieku, prof. dr. Stanisław Domański. Rozstając się z wieloletnim swym członkiem, który wobec Wszechnicy położył wielkie zasługi, będąc przez dziesiątki lat jedynym w niej profesorem neurologii, który licznemi publikacyami wzbogacił piśmiennictwo polskie, który przyczynił się do zebrania i ustalenia mianownictwa lekarskiego polskiego, dwukrotnie (1881 i 1905) uczestnicząc w opracowaniu »Słowników lekarskich polskich«, który równocześnie wieloletnią skuteczną pracą w Radzie miejskiej chlubnie się zapisał, — uczcił Go Wydział lekarski uroczystym adresem, dziękującym Mu za tyloletnią pracę i serdecznie podnoszącym Jego niezwykłe koleżeństwo.

Wpływ wojny na tok nauczania lekarskiego najwięcej zrządził oczywiście uszczerbku — uczącej się młodzieży. Przeważna jej część znalazła się w szeregach, przerywając swe studya na czas, nie dający się nawet określić. Wśród tych był spory zastęp blizkich już końca studyów, i dla tych oderwanie od związku ze studyami było najdotkliwsze, co nie ze wszystkiem mogą naprawić ułatwienia, przyznane im urzędownie w egzaminach. Z mniejszej części młodzieży, nie pełniącej służby wojennej, tylko mała stosunkowo garstka mogła w r. 1914/15 nie przerywać studyów; byli to ci, którzy mogli z Galicyi, tak wschodniej, jak i zachodniej, dostać się na zachód, a którzy posiadali obywatelstwo austryackie. Takich zaś, wobec dużego w ostatnich czasach udziału młodzieży z Królestwa w studyach w Galicyi, nie było wielu. A jeżeli pisma niemieckie ze zdumieniem podkreślały, że na 1130 słuchaczy medycyny w Wiedniu w letniem półroczu 1914/15 było aż 467 z Galicyi, to powinny były uwzględnić, że w czasach pokoju bywało w Wiedniu słuchaczy z Galicyi przeszło 300, i że z tych właśnie bardzo wielu pozostało wolnych od wojska. Największe szkody ponosiła młodzież z Królestwa; ci nieliczni, których wojna zaskoczyła w Galicyi, znaleźli podwoje wszechnic austryackich przed sobą zamknięte, a na przyjazd do Krakowa na letnie półrocze nie dostali pozwolenia władz; wszyscy zaś inni, przebywający w Królestwie, gdzie przy innym systemie poboru wojskowego wielu go uniknęło, żadnych nawet prób studyowania gdziekolwiek podjąć nie mogli.

Dla tej, przymusowo tak długo bezczynnej, a tak głodnej wiedzy młodzieży otwarły się jednakże teraz bramy Uniwersytetu, polskiego Uniwersytetu w Warszawie, który, tylokrotnie złośliwą ręką wroga niszczony, dziś znowu, jak feniks, odradza się z popiołów, świadcząc o niespożytej żywotności narodu, a o nieugiętej energii czynu i rozumie rodaków naszych w Królestwie.

Wśród najcięższych chwil, wśród tragicznych niepewności i obaw, zachowało społeczeństwo nasze w Królestwie jasną świadomość, czem dla nas jest oświata, znalazło siły i środki do zdumiewająco szybkiego położenia całego jej fundamentu i najdokładniejszego przygotowania wszystkich piąter budowy. Skoro zaś tylko zaświtała pierwsza możliwość zorganizowania Uniwersytetu, stworzono tam w nader krótkim czasie jego ustawę, program, personal i pomoce naukowe i samo społeczeństwo chciało dać mu środki materyalne. Otwarły go jednakże d. 15 listopada b. r. okupacyjne władze niemieckie, a rząd niemiecki łoży na jego utrzymanie.

W zmartwychwstałym polskim Uniwersytecie w Warszawie powstał odrazu także Wydział lekarski, ów trzeci nasz Wydział, od tylu lat upragniony. Stosownie do tego, że kursa całego Uniwersytetu mają być otwierane stopniowo, co roku dalsze, ma i Wydział lekarski warszawski w tym roku tylko kurs pierwszy i dlatego też, trzech tylko licząc wykładających, przyłączony jest na razie jako oddział propedeutyczno-lekarski do Wydziału przyrodniczego. Tymi trzema pierwszymi docentami są upatrzeni odrazu przez warszawski obywatelski Wydział oświecenia, a mianowani przez władze niemieckie: Dr Józef Brudziński, równocześnie rektor Wszechnicy warszawskiej, który wykłada propedeutykę lekarską, prof. Dr Leon Kryński, dziekan Wydziału, wykładający anatomię dróg moczowych, obaj z Warszawy, i doc. Dr Edward Loth ze Lwowa, wykładający anatomię ogólną.

Dr Józef Brudziński, ur. w Bolewie w Płockiem w r. 1874, szkoły średnie kończył w Warszawie, medycynę studyował w Dorpacie i Moskwie, gdzie uzyskał dyplom lekarski (1897). Kształcił się następnie w pedyatryi w klinice krakowskiej prof. Jakubowskiego, grackiej prof. Eschericha, paryskich prof. Granchera, Marfana i Hutinela. Od r. 1900 pracuje w Warszawie w Domu wychowawczym przy szpitalu Dz. Jezus, w r. 1904 zostaje lekarzem naczelnym szpitala dziecięcego Anny Maryi w Łodzi, w r. 1910 — szpitala dziecięcego im. Karola i Maryi w Warszawie. Wśród licznych prac jego pedyatrycznych, ogłoszonych w różnych językach, pierwsze miejsce zajmują spostrzeżenia nowych objawów nerwowych i badania z zakresu chorób trawienia. Założył i redaguje »Przegląd pedyatryczny«. Na swoich oddziałach wykształcił już szereg uczniów, którzy zajęli stanowiska lekarzy naczelnych w szpitalach dziecięcych w Królestwie. Na międzynarodowych zjazdach pedyatrycznych wywalczył utworzenie odrębnej sekcyi polskiej. Przy obsadzeniu katedry pedyatryi w Krakowie po ustąpieniu prof. Jakubowskiego wchodził bardzo poważnie w rachubę. Wielki talent organizacyjny, okazany przez Dr Brudzińskiego w obu najlepszych dziś w Polsce szpitalach dziecięcych, energia i dzielny charakter, wskazują, że rządy wznowionej Wszechnicy polskiej spoczęły w dobrem ręku, a dla lekarzy polskich chlubą jest, że pierwszego rektora tej Wszechnicy powołało społeczeństwo z ich grona.

Dr. Leon Kryński, ur. w Warszawie w r. 1868, ukończył tamże uniwersytet, chirurgię studyował w Berlinie i w Krakowie, gdzie był asystentem kliniki prof. Rydygiera i gdzie w r. 1891 uzyskał dyplom doktorski. W r. 1895 habilitowany przez Wydział lekarski, wykładał chirurgię jako docent do r. 1901; w tym roku otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego. W r. 1903 przesiedlił się do Warszawy, gdzie w r. 1906 objął kierownictwo oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Ducha, a w Towarzystwie naukowem obrany został wiceprezesem. Liczba jego prac nauko-

wych w różnych językach dobiega 90; oprócz pola chirurgicznego pracował nad mianownictwem lekarskiem polskiem, wydając w r. 1905 »Słownik lekarski polski« wspólnie z prof. Browiczem, Ciechanowskim i Domańskim.

Dr. Edward Loth, ur. w Warszawie w r. 1889, studya uniwersyteckie odbył zagranicą, uzyskując w Zurychu dyplom doktora filozofii, a w Heidelbergu — doktora medycyny. W zakresie anatomii i antropologii pracował jako asystent uniwersytetów w Bonn, Göttingen i Heidelbergu, od niedawna jako docent Uniwersytetu lwowskiego. Ogłoszone dotąd prace naukowe dra Lotha dotyczą przeważnie antropologii. Z wybuchem wojny wstąpił jako lekarz do 3. pułku Legionów polskich; do wykładów w Warszawie został odwołany wprost z szeregów.

Na Wydział lekarski warszawski garnie się tłumnie młodzież, łaknąca polskiego nauczania, którego tak długo brakło w sercu i stolicy Polski. Do tej chwili wpisało się na pierwszy rok Wydziału lekarskiego w Warszawie 525 słuchaczy, tak, że wobec tak wielkiej ich liczby będą mogli w ćwiczeniach anatomicznych uczestniczyć ci tylko, którzy mają całkowity egzamin dojrzałości ze szkół klasycznych; inni, dopiero po złożeniu egzaminu z łaciny, w III półroczu studyów.

Otwarcie polskiej Wszechnicy w Warszawie jest dla całej Polski promieniem, rozjaśniającym ciężki mrok ubiegłego okresu wojny. Pokrzepieniem niech będzie, że kronikę tego roku zamyka ten przebłysk nadziei, ta wschodząca dla polskiej nauki zorza. Niechże Wszechnica warszawska i jej Wydział lekarski będzie nigdy już nie przygasającem, życiodajnem słońcem polskiej nauki i niechaj zostanie na wieki najdroższą perłą wyswobodzonej Ojczyzny.

Ciechanowski.

Zmarli: Dr Antoni Dutkiewicz w 47 r. ż. w Kazmierzy wielkiej w kieleckiem, zaraziwszy się od chorego; ś. p. Dutkiewicz miał wzięcie jako dobry chirurg, a poza pracą lekarską brał żywy udział w pracy społecznej, założył Towarzystwo zaliczkowe, był prezesem Kółka rolniczego i i. — Dr Leon Peterseim, krakowianin, lekarz pułkowy, zmarł w niewoli rosyjskiej w Nowo-Mikołajewsku, z duru osutkowego, pełniąc służbę lekarską.

W Niemczech: słynny na cały świat prof. Paweł Ehrlich, twórca chemoterapii, bakteryologowie: Prowazek, Fischer, Cornet, ginekologowie Hegar, Olshausen, Fritsch, chirurg Sonnenburg, internista Lüthje, pedyatra Tobler, dermatolog Marschalko, dalej znakomity chemik Ludwig i biolog Boveri; w Londynie patolog Bastian; w Paryżu prof. Bouchard.

Bibliografia.

Fizyologia człowieka, opracowali Bądzyński, Beck, B. Cybulski, N. Cybulski, Dunin-Borkowski, Eiger, Godlewski, Koźniewski, K. W. Majewski, Marchlewski, Nowotny, Panek, Parnas, Piasecki, Pożerski, Pruszyński, Rosner, Rothfeld, Siedlecki, Sieradzki, Sosnowski, Szymanowski, Zbyszewski, pod redakcyą Adolfa Becka i Napoleona Cybulskiego, wydał Kaz. Rzętkowski z zapomogi Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1915. Dwa tomy, str. 661+715. Cena za dwa tomy rubli 8. — Donosząc na razie krótko o ukazaniu się z druku podręcznika fizyologii, stworzonego zbiorowemi siłami, a tak potrzebnego po wyczerpaniu podręcznika prof. Cybulskiego, wkrótce podamy dokładniejszą o nim wiadomość.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich (ostatnie zeszyty, jakie nas doszły):

Lwowski Tygodnik lekarski Nr 29—31 z r. 1914: Grossek: Zimnica we Lwowie (29). — Pechkranc: Rozszczepienie klatki piersiowej boczne (30). — Rothfeld i Siengalewicz: Badania doświadczalne nad zachowaniem się płynu mózgordzeniowego pod wpływem ostrych zatruć, wywołanych tlenkiem węgla, arsenem i ołowiem (30). — Bednarski: Dwa przypadki wydobycia odłamków kapsli z przedniej komory oka (30). — Sołtysik: Niezwykły przypadek sodomii (30). — Ziembicki: Przyczynek do chirurgii torby sieciowej (30). — Progulski: O rokowaniu u dzieci zakażonych gruźlicą w I. roku życia (30—31). — Skałkowski: O stanowisku lekarza wobec spraw t. zw. wypadkowych (31).— Horowitzówna: Opieka rodzinna nad umysłowo chorymi we Francyi (31).

Nowiny lekarskie Z. 8 z r. 1914: Bujwid: Najprostszy sposób dezynfekcyi rąk i niektórych narzędzi. — Jaworski: Neomaltuzyanizm ze stanowiska higieny społecznej i indywidualnej. — Krzyształowicz: Grzyby chorobotwórcze skóry owłosionej. — Serkowski: O gronkowcach chorobotwórczych. — Dobrzyński: Rozwój idei miast-ogrodów w Królestwie Polskiem.— Wielowiejski: W sprawie oczyszczenia wód odpływowych. — Gantkowski: Z dziedziny partactwa w lecznictwie. — Rosenberg: Seksologia jako nauka ścisła.

Przegląd pedyatryczny T. VI. Z. 4: Erlichówna: Limfogranulomatoza i stany jej pokrewne. — Bondy: Przypadek obrzęku śluzowatego u dziewczynki 7-letniej. — Kopeć: Przypadek obrzęku śluzowatego u 16-letniej dziewczynki. — Stankiewicz: Przypadek mongołowatości u oseska 8-miesięcznego. — Łyskawiński: Centralny dolnoaustryacki przytułek dla dzieci w Wiedniu.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. Z. 2 z r. 1914: Nowicki: Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego.

Słowo lekarskie Nr 14 z r. 1914: XIV Wiec Związku lipskiego. — Sekcya jarosławska Tow. lek. galicyjskich. — Fischer: Honoraryum lekarskie. — Roszczenia w sprawie donoszenia o chorobach zakaźnych wedle ustawy o chorobach zakaźnych.

Głos lekarzy Nr 15—16 z r. 1914: Papée: W sprawie lekarzy więziennych (15). — Mikołajski: Lwów, jego gospodarka sanitarna i stosunki zdrowotne (15). — Rozporządzenia wykonawcze do ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych (15). — Memoryał lekarzy jarosławskich o partactwie lecznicze m (15). — Mobilizacya (16). — Informacye w sprawie donoszenia o chorobach zakaźnych (16). — Wiczkowski: Walka z gruźlicą (16). — Polak: Organizacya higieny publicznej w Polsce (16). — Mischke: Wykonawczość w sprawach higieny (16).

Redakcya otrzymała: Korczyński: 1) Letal verlaufende paratyphöse Enteritis (Wiener klin. Woch. 1915). — 2) Das chronische Duodenalgeschwür (Österr. Ärzteztg. 1914). — 3) Sporadischer Fall von Anguillulasis intestinalis. — 4) Zur Klinik infantiler Hypothyreose. — 5) Rückfallfieber (Med. Klinik 1915).— Bogdanik: Erfahrungen mit der künstlichen Höhensonne. Ein Schutzmantel und Abstandmesser (Klinisch ther. Wochenschr. 1915). — A. Sawicki: Ein Infektionsschutzschlüssel (Mediz. Klinik 1915). — Gieszczykiewicz i Sierakowski: Ein choleraähnlicher Vibrio (Centralbl. f. Bakteriologie 1915). — Schalit: 1) Gedanken über die Lokalanaesthesie in der Zahnheilkunde (Zahnärztl. Rundsch. 1915). — 2) Bemerkungen über Speicheldrüsen- und Nebenhodenentzündung (Med. Klinik 1915). — Mayer: Über eine Methode, eminent grössere Röntgenstrahlenmengen als bisher zu erreichen (Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenst. T. XXI). — Rossberger: Zur Aetiologie des Flecktyphus (Wiener klin. Woch. 1915).

Redakcya prosi autorów prac, nadsyłanych dla »Przeglądu lekarskiego« o treściwość, o ograniczenie się w przytaczaniu piśmiennictwa do rzeczy bezwarunkowo niezbędnych, w opisach spostrzeżeń do szczegółów istotnie ważnych.

Członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich korzystają w otrzymywaniu czasopisma z praw dotychczasowych, o ile opłacą należące się do Towarzystwa wkładki.

Do grona wydawców »Przeglądu lekarskiego« przyłączył się drugi z poza Krakowa kolega, L. Motyka z Krakowca.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.